Recuperación del Parkinson

Dra. Janice Hadlock, doctora en acupuntura y medicina oriental (DAOM)

Ilustraciones por Ben Bateson

Recuperación del Parkinson
Dra. Janice Hadlock, DAOM, Lic. en acupuntura (LAc)
Ilustraciones por Ben Bateson

Otros libros de Janice Hadlock están disponibles en www.JaniceHadlock.com:

Hacking Chinese Medicine (Cómo descifrar la medicina china)
Tracking the Dragon (Cómo localizar al dragón) *
Yin Tui Na: *Hands-on Theraphy for Traumatic Injury* (Yin Tui Na: terapia práctica para lesiones traumáticas)*
Stuck on Pause (Atascado en la pausa) *
Medications of Parkinson's: *Once Upon a Pill – Patient experiences with dopamine-enhancing medications and supplements* (Medicamentos para el Parkinson: había una vez una píldora – experiencias de los pacientes con medicamentos dopaminérgicos y suplementos) * **

* También disponible para su descarga gratuita en www.PDrecovery.org
** No disponible en copia impresa

Publicado por Raja Books, Santa Cruz, CA
www.JaniceHadlock.com
Quinta edición (edición revisada) 2020
© Janice Walton-Hadlock

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, incluidas las ilustraciones, así como su traducción, almacenamiento en un sistema de recuperación de datos o transmisión de cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico (incluido el escaneo), mecánico, fotocopia, grabación u otros, sin la autorización por escrito de la autora. Todas las ilustraciones de este libro, *excepto* los materiales utilizados con el permiso de Bill Watterson, son originales y son propiedad de Janice Walton-Hadlock. Para obtener permiso para utilizar cualquier texto o ilustración, por favor contáctese con la autora a través de pdinfo@cruzio.com.

Prefacio de *An Essay on The Shaking Palsy* (Un ensayo sobre la parálisis temblorosa)
por James Parkinson

Se espera que la publicación de las siguientes páginas, dirigida a lectores del público médico, no sea severamente censurado. Él… [el escritor] consideraba que era un deber someter sus opiniones a la crítica de otros, incluso en su estado actual de inmadurez e imperfección.

James Parkinson
Miembro del Real Colegio de Cirujanos
1817

Prefacio de *Recovery from Parkinson* (Recuperación del Pakinson)

Querido lector, este libro está escrito siguiendo ese espíritu de esperanza de no ser muy severamente censurado y ese sentido del deber. A su vez, está escrito con un gran sentimiento de gratitud por poder compartir mis hallazgos sobre la enfermedad de Parkinson no solo con el "público médico" de James Parkinson, sino con cualquiera que quiera aprender más sobre este síndrome.

El Dr. Charcot (1825-1893), considerado por muchos el padre de la ciencia moderna de la neurología, llamó a este síndrome enfermedad de Parkinson en honor al tratado de James Parkinson sobre el tema. El propio Parkinson había denominado al síndrome "parálisis temblorosa".

Janice Hadlock
Doctora en acupuntura y medicina oriental (DAOM)
2020

Dedicatoria y agradecimientos

Este libro está dedicado a aquellas personas que tienen enfermedad de Parkinson idiopática y especialmente a quienes se les ha dicho que es una enfermedad incurable. No lo es. A ustedes, les dedico este libro.

No lo podría haber escrito sin las ideas y el apoyo de mis pacientes, tanto en la clínica como por correo electrónico. Les envío a todos ustedes un agradecimiento inmenso. Gracias Ben Bateson, artista y diseñador de portadas siempre entusiasta; tus obras de arte son tan *puras*. Gracias también a mis correctores, Linda Moyer, Laura Yeh y Jim Elkin. Y a mis tantos maestros, desde la escuela primaria hasta el presente, y en especial a la señorita Connelly; el Dr. Kenneth V. Thimann, PhD; el Dr. Jeffery Pang, la Dra. Sharon Feng y la Dra. Lucy Hu. Les envío amor y agradecimiento a los colegas que me apoyaron, particularmente a Laura Walter, acupunturista y terapeuta craneosacral suprema, y al Dr. Kevin Ryan, médico osteópata, naturópata, acupunturista y brillante teórico de la medicina china, que siempre estuvo más que dispuesto a debatir cualquier punto de la teoría conmigo y ser mi musa.

Mi familia, tan cariñosa, tan comprensiva (en orden alfabético): Audrey, Clay, Cormac, Laura, Maddy, Orion, Piper, y Simon, no podría haberlo hecho esto sin ustedes y el helado de menta granizada. Los amo mucho a todos. Gracias Steve, me enseñaste a escribir y luego editar, y editar, una y otra vez hasta que tenga sentido al leerlo de forma detenida.

Gracias Dr. James Parkinson y Dr. Charcot. Gracias San Francisco y Santa Clara de Asís. Gracias grandes santos y sabios de todas las religiones.

Denny West, gracias por tu sabiduría tranquilizante cuando te diagnosticaron enfermedad de Parkinson, y por encender involuntariamente en mí la rabia y el fuego que me llevaron a las respuestas que se presentan en este libro.

Paramahansa Yogananda, tu amor me ha envuelto a lo largo de cada página.

ꕥ Índice ꕥ

Capítulo 1 Una enfermedad curable 1

Capítulo 2 Preguntas apremiantes 17

Capítulo 3 Conjeturas de la medicina moderna (occidental) 35

Capítulo 4 Un vistazo hacia el interior del cerebro 45

Capítulo 5 Requisitos para la recuperación
Requisito n.º 1: Diagnóstico correcto 57

Capítulo 6 Requisito n.º 2: Ausencia de daño cerebral físico 61

Capítulo 7 Requisito n.º 3: Capacidad para el cambio 75

Capítulo 8 En busca de respuestas 77

Capítulo 9 Recuperación parcial 99

Capítulo 10 Observaciones preocupantes y casos prácticos únicos 107

Capítulo 11 Lo más extraño de todo: las epifanías 113

Capítulo 12 2015 135

Capítulo 13 La biología de la pausa 151

Capítulo 14 Ubicación, ubicación, ubicación 177

Capítulo 15 Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson 197

Capítulo 16 La personalidad parkinsoniana 215

Capítulo 17 Diferenciación de los cuatro tipos de EP 239

Capítulo 18 Conclusión sobre el diagnóstico 253

Capítulo 19 Tejido cicatricial 267

Capítulo 20 Algunas observaciones tangenciales 269

Capítulo 21 Síntomas de recuperación: introducción 281

Capítulo 22 Síntomas de recuperación:
el entumecimiento se convierte en dolor 289

Capítulo 23 Síntomas de recuperación: lesiones antiguas 301

Capítulo 24 Síntomas de recuperación: procesamiento del dolor 305

Capítulo 25 Síntomas de recuperación: hongos y
erupción con enrojecimiento 319

Capítulo 26 Síntomas de recuperación: rigidez y laxitud 323

Capítulo 27 Síntomas de recuperación: discinesia 339

Capítulo 28 Síntomas de recuperación: dolor muscular 353

Capítulo 29 Síntomas de recuperación: cambios en los hábitos de sueño 365

Capítulo 30 Síntomas de recuperación: cambios cerebrales 375

Capítulo 31 Síntomas de recuperación:
cambios de actitud y de personalidad 381

Capítulo 32 Resumen de los síntomas de recuperación 393

Capítulo 33 En conclusión 399

Apéndice I Información sobre el sitio web y libros 410

Apéndice II Mapas de los canales 413

Índice 422

Recuperación del Parkinson

"Aunque, en la actualidad, se desconoce la naturaleza precisa de la enfermedad, aun así no debe considerarse una contra que no exista un tratamiento que la contrarreste". [1]

– James Parkinson, 1817

Capítulo uno

Una enfermedad curable

La enfermedad de Parkinson idiopática no es, y nunca ha sido, una enfermedad incurable.

Atendí a mi primer paciente con enfermedad de Parkinson en 1996. La traté por el problema que tenía en el pie, no por su enfermedad de Parkinson. Después de todo, todos en el ámbito de la medicina saben que la enfermedad de Parkinson es incurable. Cuando se recuperó inesperadamente, supuse por lógica que había recibido un diagnóstico erróneo. Cuando dos más se recuperaron, comenzaron a surgir preguntas.

Este libro cuenta lo que sucedió después de estos sucesos. Han pasado más de 20 años desde que esos primeros pacientes se recuperaron. He trabajado estrechamente con cientos de pacientes con Parkinson. Cientos más han concedido o aportado observaciones a través de correos electrónicos. Casi desde el principio, me obsesioné con la búsqueda de respuestas al misterio de la enfermedad de Parkinson.

Comenzaré este libro con las respuestas.

¿Qué causa la enfermedad de Parkinson?

La enfermedad de Parkinson es un conjunto de síntomas. Estos síntomas se ponen en marcha por el uso a largo plazo de un conjunto altamente específico de circuitos bioeléctricos, que rara vez se utiliza. Las corrientes no neuronales (que no pasan por los nervios) fluyen constantemente a través del tejido conectivo del cuerpo y en el cerebro. Los circuitos exactos que se utilizan en un instante determinado dependen de los pensamientos y las necesidades biológicas de una persona en ese momento. La configuración particular del circuito que causa los síntomas de la enfermedad de Parkinson solo debe ejecutarse cuando una persona está en estado de shock o coma cercano a la muerte. En las personas con Parkinson, las corrientes no neuronales fluyen todo el tiempo en el circuito que se utiliza cuando una persona está cercana a la muerte. En muchas personas con Parkinson, sus corrientes han estado funcionando de esta manera desde la infancia.

En las facultades de medicina china, las vías *principales* de las corrientes no neuronales del cuerpo se conocen como canales. La electricidad que fluye a través de *todas* las vías, grandes y pequeñas, se llama "Qi de los canales". La palabra Qi significa "energía" y se pronuncia "qui".

[1] Parkinson, James; *An Essay on the Shaking Palsy* (Un ensayo sobre la parálisis temblorosa); Sherwood, Neely, y Jones; Londres; 1817; página 56.

En este libro, a veces me refiero a estas corrientes como Qi de los canales, otras veces como corrientes eléctricas. Siéntanse libres de llamar a estas corrientes como quieran, ya que las corrientes eléctricas funcionan de la misma manera en español que en chino.

En una persona sana, estos canales siguen patrones muy específicos. Cuando el flujo de los canales se vuelve aberrante debido a patógenos, lesiones, toxinas e incluso influencias sutiles como las inclemencias del tiempo o el estado de ánimo, el cuerpo puede funcionar mal. Dependiendo de la gravedad de las irregularidades de los canales, pueden surgir problemas de salud de la gravedad correspondiente.

El flujo de Qi de los canales de un paciente puede detectarse fácilmente con la mano. La mayoría de los estudiantes pueden comenzar a percibir estas corrientes eléctricas con la mano después de unas semanas de entrenamiento. La detección de estas corrientes es *objetiva*, no se basa en caprichos intuitivos ni en opiniones personales.

En Five Branches, la universidad de acupuntura en Santa Cruz, California, imparto una clase sobre cómo percibir el Qi de los canales. Durante el examen, los estudiantes deben percibir correctamente y anotarme las irregularidades que detectan, con la mano, en los canales de un paciente nuevo. Por lo general, los estudiantes se sorprenden y se alegran, al principio del semestre, cuando se dan cuenta de que todos han detectado el *mismo* comportamiento de los canales, en los *mismos* lugares, en un paciente determinado. [2]

En los inicios de mi investigación sobre el Parkinson, noté que el Qi de los canales en las personas con Parkinson siempre fluía en retroceso en uno de los canales de la pierna, el canal del estómago. Supuse, incorrectamente, que este flujo de corriente en retroceso era una aberración que se debía a una lesión en *todos* los que tenían Parkinson. Varios años más tarde, noté que otras corrientes en mis pacientes con Parkinson también se comportaban de una manera muy específica, una manera que estaba en conflicto con los patrones eléctricos saludables que había estudiado en la universidad. Pasaron años antes de que descubriera que estos comportamientos eléctricos están relacionados con el modo neurológico poco utilizado que solo se supone que debe entrar en funcionamiento cuando una persona está al borde de la muerte o en coma.

Este modo cercano a la muerte *no* es está reconocido en la teoría médica occidental, pero *sí* en la antigua medicina china. En chino, este modo neurológico se denomina "aferrarse a la vida". Me he tomado la libertad de darle un nombre español más conciso y biológicamente descriptivo: el "modo de pausa". [3]

---

[2] Escribí un libro de texto para la clase, *Tracking the Dragon* (Cómo localizar al dragón), que cualquier persona que quiera aprender a sentir las corrientes en el tejido conectivo subdérmico puede utilizar como un curso de autoaprendizaje. El libro está dirigido al público en general y no presupone ninguna formación médica.

Los capítulos con instrucciones sobre cómo sentir el Qi de los canales y el apéndice con los mapas de los canales están disponibles para su descarga gratuita en www.PDrecovery.org, el sitio web de la organización sin fines de lucro Parkinson's Recovery Project (Proyecto de recuperación del Parkinson). Hagan clic en Publications (Publicaciones) y luego en *Tracking the Dragon*.

[3] La antigua teoría médica china reconoció cuatro modos neurológicos: simpático (reacción de alarma) y parasimpático (hambriento, feliz y curioso) y modos que impulsan comportamientos de sueño y de cercanía a la muerte. La medicina occidental todavía reconoce solo esos dos desde hace relativamente poco tiempo, es decir, en los últimos 200 años. En el capítulo trece del antiguo texto

En los comienzos, observé que cuando las lesiones antiguas y sin curar en el pie de mis primeros pacientes con Parkinson se sanaron en respuesta a la terapia práctica de apoyo que yo estaba usando, el Qi de los canales comenzó a fluir en la dirección correcta y se mantuvo de esa manera. Los síntomas de la enfermedad de Parkinson cesaron y nunca regresaron. Esto fue antes de que me enterara del modo de pausa.

En ese momento, a finales de los años noventa, naturalmente supuse que la corrección del Qi aberrante de los canales mediante la curación de la lesión en el pie había eliminado los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Por lo tanto, este sería un tratamiento eficaz para *todas las personas* con Parkinson.

Estaba equivocada. Mis primeros pacientes tenían todos el mismo tipo de enfermedad de Parkinson (el tipo que se pone en marcha a raíz de una lesión no curada por completo). Pronto conocí a personas con Parkinson que *no* respondían a este tipo de terapia. Me pasé años trabajando con cientos de personas con Parkinson hasta que finalmente me di cuenta de que hay cuatro maneras diferentes de quedar atrapado en este patrón de flujo eléctrico. Cada una de las cuatro formas de quedarse atascado en este patrón de flujo requiere un método diferente para *des*atascarse.

Por suerte, independientemente de qué sistema se utilizó para activar el modo de pausa, cuando este se desactiva, el cuerpo vuelve a un patrón de flujo saludable. Cuando se desactivan las corrientes de la pausa, la enfermedad de Parkinson desaparece.

Uso a largo plazo del modo cercano a la muerte

En las personas sanas, por lo general, el patrón eléctrico cercano a la muerte solo se activa durante un período muy corto. Puede desencadenarse por una pérdida excesiva de sangre, una perforación excesiva de la piel, una conmoción cerebral o un coma u otros tipos de traumatismo *grave* con conmoción *cercanos a la muerte*.

Los síntomas del modo de traumatismo cercano a la muerte pueden incluir la inmovilidad debido a la inhibición de la liberación de dopamina para la función motora, voz débil, presión arterial baja, mala regulación de la temperatura, inhibición del reflejo de deglución, e incluso una sensación de estar fuera del cuerpo (mirarse a sí mismo desde el exterior del cuerpo), por nombrar solo unos pocos. Cuando se intenta salir de este modo, el cuerpo a menudo exhibe comportamientos temblorosos, también conocidos como "sacudidas". Estos síntomas también son característicos de la enfermedad de Parkinson.

El grado y el tipo de inmovilidad varían. En coma, una persona suele estar laxa. En grados menores de pausa, el cuerpo puede manifestar inmovilidad con tensión, que se manifiesta con un aumento automático de la tensión en ciertos músculos y la relajación de los músculos opositores, lo que lleva al cuerpo a adoptar una posición similar a la fetal.

Al igual que los otros modos neurológicos, toda la fisiología del modo de pausa se activa y se mantiene mediante corrientes eléctricas específicas de este modo, que corren

---

de medicina china *Huang Ti Nei Jing,* el modo de pausa se llama "cerca de la vida" y, en otras traducciones, "aferrarse a la vida".

– De la parte de *Su Wen* de *Nei Jing*, capítulo 13-9, de *A Complete Translation of the Yellow Emperor´s Classics of Internal Medicine and the difficult Classic;*(Una traducción completa de los clásicos de la medicina interna y el clásico difícil del Emperador Amarillo); Henry C. Lu, PhD; publicado por el Colegio Internacional de Medicina Tradicional China; Vancouver, BC, Canadá; 2004; p. 116.

justo debajo de la piel y a través del cerebro. Se supone que el modo de pausa y los circuitos eléctricos asociados a él se detienen tan pronto como el cuerpo se estabilice y el riesgo de muerte inminente haya desaparecido. Por lo general, las personas con Parkinson han estado usando los circuitos de este modo durante décadas, a menudo desde la infancia. Han sido capaces de anular los síntomas de la inmovilidad con tensión del modo de pausa mediante el uso del dominio de emergencia del cerebro, que se analizará más adelante en este capítulo. Los síntomas de la enfermedad de Parkinson *aparecen* cuando una persona atascada en el modo de pausa ya no puede invocar un nivel adecuado y autoconvincente de emergencia mental, un nivel lo suficientemente fuerte como para activar por completo la anulación.

Cuatro formas de quedarse atascado en la pausa

El uso insalubre *a largo plazo* (tal vez, solamente se detiene durante el sueño) del modo de pausa se puede activar de cuatro maneras diferentes. El *tipo* de evento mental o lesión que desencadenó el uso a largo plazo de este modo determina qué terapia debe usarse para desactivarlo.

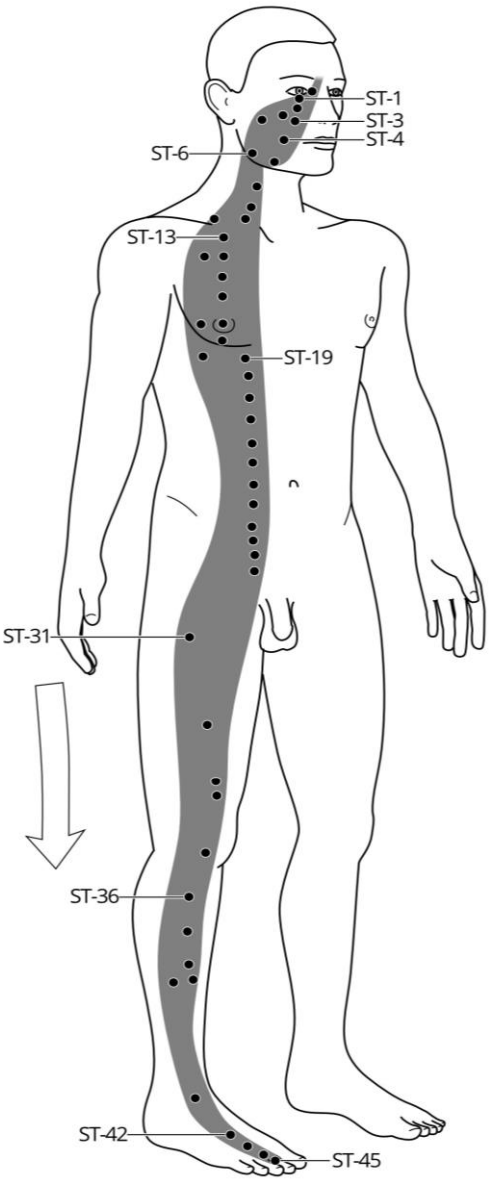
Dos de las terapias consisten en cambiar algunos hábitos mentales. Dos de las terapias son físicas y están dirigidas a lesiones antiguas. Cuando, a través de estas terapias, los patrones de flujo eléctrico del modo de pausa se desactivan, las corrientes vuelven automáticamente a los patrones de flujo saludables.

Todos mis cientos de pacientes con Parkinson habían utilizado uno o *más* de los cuatro desencadenantes del modo de pausa.

Las personas con Parkinson se recuperan por completo después de usar el método adecuado para desactivar con éxito las corrientes eléctricas típicas del modo de pausa.

Una de las alteraciones del Qi de los canales durante el modo de pausa y también en la enfermedad de Parkinson

El siguiente es un breve ejemplo de cómo uno de los varios cambios en los circuitos involucrados en la pausa se relaciona con los síntomas de la enfermedad de Parkinson. En la teoría médica china, cada uno de los doce canales "principales" que fluyen por debajo de la piel recibe su nombre en honor a uno de los órganos. Uno de ellos, el canal del estómago, generalmente va *desde* la cabeza *hasta* los dedos de los pies.



Cuando se activa el modo de pausa, el Qi del canal del estómago fluye *en retroceso*, desde el acupunto ST-42 en el pie hasta el ST-6 en la mandíbula.

Los músculos subyacentes se vuelven rígidos si el Qi del canal que circula sobre su superficie fluye en retroceso.

En el modo de pausa y en la enfermedad de Parkinson, el tramo desde el ST-42 hasta el ST-6 es una de las secciones del cuerpo a lo largo de la cual los músculos se vuelven rígidos, jalan del cuello y de la parte delantera del torso hacia delante, hacen que la espalda se encorve y tensa los músculos en los costados de las piernas (estos son los comportamientos musculares que crean la postura característica del Parkinson).

Al moverse en retroceso, el Qi del canal del estómago *no* fluye hacia arriba hasta el centro de la frente. En cambio, lo hace desde el ST-6, en la mandíbula, hacia arriba cerca de la oreja hasta el ST-8, en el nacimiento del cabello, y luego hacia la parte posterior de la cabeza (consulten la fig. 1.2, página 5).

Si el Qi del canal del estómago fluye en retroceso hasta la mandíbula, *ninguna* cantidad de Qi de este canal atraviesa la parte que pasa por la cara.

Cuando el Qi del canal del estómago circula *en retroceso*, el Qi no fluye entre el ST-42, en el centro del pie, y el ST-45, en la punta del 2.º y el 3.º dedo del pie. La *ausencia* de Qi del canal hace que los músculos subyacentes se entumezcan, se enfríen y/o se vuelvan laxos. La *ausencia* de Qi del canal en algunos lugares puede dar lugar al crecimiento de hongos en la piel y las uñas afectadas en esos lugares.

Fig. 1.1 El flujo saludable del canal del estómago en el modo parasimpático

Atención: todos los canales principales (canales nombrados en honor a los órganos, como el canal del estómago) tienen recorridos simétricos del lado izquierdo y del derecho. En este libro, la ilustración muestra todos los canales principales en un lado del cuerpo solamente, para que sea más ordenada.

En las personas con Parkinson, la *ausencia* de Qi del canal en la porción que va desde el ST-1 hasta el ST-6 en la cara y desde el ST-42 hasta el ST-45 en el pie causa el entumecimiento y la laxitud (*no* rigidez) muscular características que se podrían ver en estas áreas.

La ausencia de Qi del canal en la cara puede contribuir a la seborrea (crecimiento fúngico en la piel) en los costados de la nariz que es frecuente en la enfermedad de Parkinson.

La ausencia de Qi del canal en el segundo y el tercer dedo del pie contribuye a la infección fúngica grave en las uñas de los pies que se ve a menudo en esos dedos y, a veces, en el primer dedo del pie (el "dedo gordo") en personas con Parkinson.

En la enfermedad de Parkinson, las personas desarrollan rigidez muscular en áreas específicas y laxitud, entumecimiento o músculos atrofiados en *otras* áreas específicas. Estas áreas se corresponden con las áreas en las que el Qi del canal fluye en retroceso o está ausente, respectivamente, durante el modo de pausa.

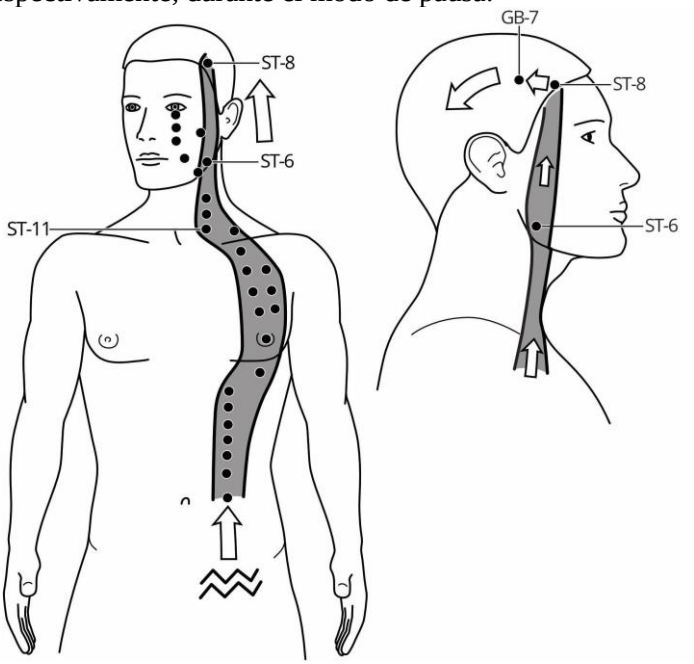


Fig. 1.2 Durante la pausa, el Qi del canal del estómago fluye en retroceso y hacia arriba hasta el ST-6. Cuando el Qi del canal llega al ST-6, se desvía hasta el ST-8 y luego fluye hacia el canal de la vesícula biliar.

Comparen la cantidad de energía que fluye sobre las mejillas en la fig. 1.1 de la página anterior y en la fig. 1.2 de arriba. La ausencia de energía que se mueve sobre las mejillas provoca la "máscara" facial sin expresión que puede contribuir a la apariencia característica de la enfermedad de Parkinson.

Cuando los patrones eléctricos de pausa se desactivan, las personas se recuperan de la enfermedad de Parkinson. El flujo del modo parasimpático del Qi del canal se reanuda. Los músculos rígidos se vuelven blandos. Los músculos inactivos o atrofiados retoman lentamente su tono.

Cuando la pausa se desactiva, si hubo una infección fúngica en las uñas de los pies y seborrea facial, muy a menudo desaparecen por sí solos en el transcurso de 6 meses a 1 año.

La breve sección anterior sobre los cambios del Qi del canal del estómago que ocurren durante el modo de pausa sirve como una pequeñísima introducción a la teoría china relevante de los canales y su relación con la enfermedad de Parkinson (EP), sobra la que leerán en este libro. Los otros canales que se alteran durante la pausa (alteraciones que explican otros síntomas de la EP) se introducen en capítulos posteriores. [4]

El dominio de la norepinefrina

En las décadas anteriores a la aparición de los síntomas del Parkinson, una persona en pausa es capaz de moverse normalmente a la vista, o incluso con *más* fuerza y/o resistencia que la mayoría de las personas. ¿Cómo es posible esto? Esta pregunta nos lleva de vuelta a la medicina occidental.

Cuando una persona o animal se encuentra en un grado alto de pausa, están muy inhibidas la liberación cerebral de dopamina para la función motora *y* la liberación de adrenalina de las glándulas suprarrenales, ubicadas cerca de los riñones. Está casi inmóvil.

Sin embargo, si un animal o persona en pausa todavía está consciente y *necesita* moverse por alguna razón de emergencia extrema, por ejemplo, si el depredador que lo hirió ahora se dirige hacia el hijo/la cría desamparado/a de la víctima, el animal o la persona

[4] Los investigadores de medicina occidental están empezando a aportar nueva información sobre el tema del Qi de los canales, o como ellos lo llaman, la "bioelectricidad no neuronal". "No neuronal" significa que no está relacionado con los nervios o las neuronas.

Un investigador importante en el campo, el Dr. Michael Levin, profesor de la Universidad de Tufts y un académico visitante en Harvard, ha publicado en internet un excelente video sobre sus hallazgos. Tiene una licenciatura en ciencias de la computación y biología, un doctorado en biología celular y es acupunturista licenciado. Esta bioelectricidad no neuronal, que los chinos llaman "Qi de los canales", la denomina "el software de la vida". Explica que podemos manipular esta capa de software fisiológico. Define esta bioelectricidad no neural como "flujos iónicos lentos y estables, campos eléctricos y gradientes de voltaje generados y detectados por todos los tipos de células". Continúa explicando que: "Este no es el potencial de acción rápida de las células excitables clásicas [neuronas] ni los efectos de la exposición electromagnética ambiental". Agrega: "La gente podría decir que las células son el hardware y el ADN es el software. Pero, en realidad, el ADN solo especifica los tipos de hardware, los tipos de componentes que uno podría tener. La toma de decisiones bioeléctricas [*qué* componentes fabrica el ADN y cómo las células los usan] se basa en la física en tiempo real [de las influencias bioeléctricas]…".

También menciona: "Todos estos procesos eléctricos desaparecen cuando la célula [o el animal] muere". Esto responde a las preguntas que plantearon muchos de los investigadores occidentales que no han encontrado evidencia del Qi de los canales en las exploraciones de cadáveres.

https://oshercenter.org/oc-event/grand-rounds-endogenous-bioelectric-networks-regenerative-medicine/

lesionada *podrá* activar la función motora de emergencia hiperpotente. Es muy probable que esta función motora se active con norepinefrina. [5]

En casi todos mis pacientes con Parkinson, los síntomas comenzaron a aparecer cuando algún desafío de su vida que había funcionado como un estímulo mental consciente durante mucho tiempo finalmente llegó a su fin, por ejemplo, el hijo más chico terminó la universidad; se pagó la hipoteca; el tío depredador murió. Una vez que desapareció lo que motivaba su miedo, ya no podían mantener el dominio de la norepinefrina lo suficientemente fuerte como para anular las inhibiciones del movimiento del modo de pausa.

La razón por la que aparecieron los síntomas de Parkinson *no* es la disminución de la cantidad de dopamina. Ahora sabemos que las personas tienen una cantidad de dopamina más que suficiente en el momento en que se les diagnostica por primera vez Parkinson. La investigación que respalda esta declaración se comenta en el capítulo tres.

Las personas con Parkinson no han *usado* dopamina para la función motora durante décadas, a veces desde la infancia. Cuando se recuperan, la mayoría de ellos están sorprendidos y un poco mareados debido al nivel de rareza que sienten al usar movimientos espontáneos (generalmente llamados "automáticos") basados en la dopamina en lugar de los movimientos conscientes (se podría decir "basados en las palabras" o "basados en comandos mentales") impulsados por la norepinefrina que han utilizado durante décadas, desde que sus corrientes eléctricas subdérmicas comenzaron a fluir en los patrones de pausa.

---

[5] "La pérdida de norepinefrina produce déficits motores más profundos que el tratamiento con MPTP en ratones"; K.S. Rommelfanger, G.L. Edwards, K.G. Freeman, et al; *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* (Actas de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos); 21 de agosto de 2007; 104(34):13804-13809. Publicado en línea: 16 de agosto de 2007. DOI: 10.1073/pnas.0702753104.

En este estudio, se inhibieron químicamente los receptores de dopamina del cerebro de los ratones con MPTP, un opioide sintético. En lugar de exhibir los comportamientos esperados del Parkinson, los ratones todavía tenían lo que parecía ser una función motora normal. Solo después de la inhibición química de los receptores de norepinefrina, los ratones mostraron la "pobreza de movimiento" (extrema lentitud y rigidez) que también se observa en personas con la enfermedad de Parkinson.

Más sobre norepinefrina: la norepinefrina y la adrenalina están estructuralmente relacionadas. La norepinefrina, un neurotransmisor, se libera continuamente en el torrente sanguíneo desde ciertos nervios a niveles bajos para mantener la presión arterial, entre otras funciones. La adrenalina, la "sustancia química de lucha o huida", se libera de las glándulas suprarrenales, justo al lado de los riñones, durante momentos de estrés. La adrenalina aumenta la frecuencia cardíaca y abre los bronquios (tráquea). En el *cuerpo*, la norepinefrina mantiene la presión arterial. En el *cerebro*, aumenta el estado de alerta y cautela, enfoca la atención de forma precisa y puede aumentar la inquietud y la ansiedad, atributos de la personalidad parkinsoniana reconocida por los médicos.

Los neurotransmisores no atraviesan fácilmente la membrana selectiva y semipermeable conocida como barrera hematoencefálica. El suministro de neurotransmisores al cuerpo y al cerebro se mantienen separados, a menos que los niveles en el torrente sanguíneo sean *extremada* y anormalmente altos, o que haya un problema de salud que afecte la integridad de la barrera hematoencefálica.

La norepinefrina y la dopamina cerebrales se producen y utilizan en el cerebro. La norepinefrina y la dopamina sanguíneas se producen y utilizan en todo el cuerpo, y la barrera hematoencefálica las mantiene *fuera* del cerebro.

Por ejemplo, una paciente recuperada recordó que, a los 7 años, un compañero de clase le preguntó cómo era capaz de correr tan rápido. Ella había respondido: "Les digo a mis brazos que se muevan hacia adelante y hacia atrás lo más rápido posible, y las piernas tienen que seguir esa velocidad".

Unos 40 años más tarde, cuando se recuperó de la enfermedad de Parkinson, esta mujer, que habitualmente era estoica, me contó cómo rompió en llanto la primera vez que su cuerpo usó movimientos basados en la dopamina para levantarse del sofá. Hacía unos días que casi había dejado de temblar. Estaba sentada en el sofá cuando pensó: "Debería ir a la cocina", y lo siguiente que hizo fue levantarse y dirigirse hacia la cocina *sin* haberse ordenado mentalmente ponerse de pie.

Mientras sollozaba, abrumada por el alivio y la autocompasión, había exclamado hacia la sala vacía: "¿Para todos los demás ha sido *así* de *fácil* siempre?".

Según las reacciones de asombro de los pacientes a la hora de usar dopamina después de haber desactivado la pausa, parece *muy* probable que la mayoría de mis pacientes con Parkinson tipo I hayan utilizado durante mucho tiempo algún sistema alternativo de neurotransmisores no dopaminérgicos para la función motora. Las personas con Parkinson tipo II y tipo III generalmente no se han sorprendido tanto por las sensaciones que surgen cuando vuelven a usar dopamina para la función motora.

Los cuatro tipos de EP se detallan en el siguiente capítulo, pero, antes de analizarlos, necesitamos avanzar un poco más en el tema e introducir un poco de vocabulario nuevo.

En mis primeros años de investigación, suponía erróneamente que el neurotransmisor que la gente usaba en lugar de la dopamina era la adrenalina. Basé esa suposición en la hipótesis médica occidental de que solo hay dos modos neurológicos.

Pero durante la recuperación, después de haber desactivado la pausa, algunos de mis pacientes tuvieron que volver a aprender a activar sus glándulas suprarrenales. El subidón de adrenalina se sentía igual de extraño ("¡aterrador!" "¡feroz!") que el uso de dopamina.

En función de los estudios de investigación como el que se hizo con ratones, que mencioné en el pie de página 6, planteé la hipótesis de que el sistema de norepinefrina del cerebro es lo que mis pacientes habían estado usando para la función motora del tipo comando durante todos los años que estuvieron atascados en la pausa.

Según lo que he escuchado de mis pacientes con EP, la norepinefrina, si eso es lo que estaban usando, no solo le permite a una persona seguir moviéndose, sino también moverse con una función motora anormalmente potenciada. Muchos de mis pacientes con EP habían sido atletas de primer nivel, pilotos estrella o magnates de la industria. En otras palabras, desempeñaban roles que requerían una habilidad casi sobrehumana para ser incansables, así como más fuertes, inteligentes y rápidos que todos a su alrededor, un comportamiento de emergencia. Esto no ocurría con *todos* mis pacientes, pero ciertamente con una gran mayoría.

Durante los años previos al Parkinson, si una persona que está atascada en la pausa puede invocar una sensación *constante* de emergencia o intensidad de propósito, será capaz de tener lo que parece ser una función motora bastante normal o incluso *superior* a pesar de estar en pausa. Sin embargo, este tipo de función motora es desencadenada por un proceso de orden mental, un proceso muy diferente del movimiento "automático" o inconsciente basado en la dopamina.

La mayoría de las personas sanas siempre usan una mezcla de dos tipos de movimiento, el impulsado por la dopamina y el impulsado por la adrenalina/norepinefrina. En cada momento, la proporción de mezcla depende de qué tan relajadas o qué tan incómodas están.

Yo planteo la hipótesis, basada en las historias de los pacientes, de que, eventualmente, cuando la capacidad de inventar y mantener una sensación mental de emergencia constante *disminuye*, la capacidad de activar mentalmente el dominio de la norepinefrina de emergencia que sea suficiente para contrarrestar la pausa también disminuye. *Ahí es* cuando los síntomas ocultos durante un largo tiempo, síntomas del modo de pausa al que llamamos Parkinson, comienzan a manifestarse.

Además de esta hipótesis, las personas con Parkinson, incluso aquellas con Parkinson *avanzado* que están casi inmóviles, pueden moverse de manera perfectamente normal durante una verdadera emergencia. Cuando el fuego corre a través de la casa, el vigoroso dominio de la norepinefrina se activa: la función motora de emergencia es posible hasta que la sensación de emergencia haya desaparecido (una excepción: las personas que tienen daño cerebral debido a los medicamentos antiparkinsonianos podrían *no* ser capaces de moverse normalmente durante una emergencia).

La dopamina está presente en el cerebro de las personas con EP en cantidades suficientemente altas hasta que la EP llegue a estadios avanzados. De hecho, incluso en personas con Parkinson avanzado, la cantidad de dopamina es *más alta* de lo normal en la parte derecha del cíngulo anterior del cerebro, un área que se utiliza para la evaluación de riesgos, entre otras cosas. El uso de dopamina para la función *motora* se inhibe durante la pausa y durante la enfermedad de Parkinson, pero su uso para la evaluación de riesgos *aumenta*. [6]

Aclaración sobre la palabra "shock"

Algunas personas se refieren a la situación cercana a la muerte como "shock". No uso mucho la palabra shock en este libro porque tiene demasiados significados imprecisos. En el contexto del modo de pausa, la palabra "shock", si se usa, *no* se refiere a la sorpresa, el miedo o el tipo de "shock" asociado con el trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático ocurre cuando una persona está atrapada en el modo *simpático*, también conocido como reacción de alarma.

Secuencia normal de pasos para desactivar el modo cercano a la muerte

1) Cuando el cuerpo de una persona sana se ha estabilizado físicamente después de un trauma cercano a la muerte, cuando la probabilidad de muerte ya no es *inminente* (es decir, en los próximos *minutos*), el cuerpo comienza a tomar medidas para desactivar la

[6] "Personality traits and brain dopaminergic function in Parkinson´s disease" (Rasgos de personalidad y función dopaminérgica cerebral en la enfermedad de Parkinson); *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* (Actas de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos) 98:13272-7*;* Dr. Valtteri Kaasinen, PhD et al; 2001. Este estudio de 2001, publicado en una de las revistas más respetadas de la ciencia estadounidense, describe el descubrimiento totalmente inesperado de que las personas con Parkinson tienen cantidades *elevadas* de actividad dopaminérgica en el área del cíngulo anterior del cerebro, un área que gestiona la evaluación de riesgos.

pausa. Cuando las funciones fisiológicas *internas* del cuerpo se han estabilizado, el cuerpo puede comenzar a temblar, ya sea visible o internamente.

Un tipo específico de temblor puede ser una parte normal del proceso para salir del modo de pausa, el cual parece servir como una consulta dirigida al cerebro: "¡Oye, cerebro! Internamente, ¡estoy a punto de volver a la vida! Así que dime, ¿todo anda bien?" o "¿Es lo suficientemente seguro ahí fuera para que yo vuelva a la vida?, ¿para que salga del estado casi paralítico del trauma cercano a la muerte?".

2) El cerebro, a través de la información que recibe de los ojos, los oídos, el olfato y el tacto, procesa la información en el área de evaluación de riesgos del cerebro para determinar si las inmediaciones *exteriores* al cuerpo ahora son seguras, o al menos lo suficientemente seguras como para salir del modo cercano a la muerte.

Cuando el *interior* del cuerpo *y* la proximidad inmediata *exterior* al cuerpo parecen lo suficientemente estables y seguros, el cuerpo realizará tres movimientos físicos que desactivan este modo y reinician la mezcla habitual normal de los dos modos que aparecen cuando una persona está despierta: el modo simpático (reacción de alarma) y el parasimpático (curioso y juguetón). Los movimientos incluyen:

3) inspirar de forma lenta, profunda y *audible*;

4) realizar inclinaciones suaves de la cabeza hacia la izquierda y la derecha en la parte superior del cuello; y luego

5) permitir que una sacudida recorra la columna vertebral.

Cinco pasos en total.

Los dos últimos movimientos reactivan los nervios vagos y los nervios de la columna vertebral, respectivamente. Esto restablece los circuitos del Qi de los canales que resultan de la mezcla normal de los modos parasimpático y simpático durante las horas de vigilia, los cuales luego desencadenan la liberación de neurotransmisores, los patrones de pensamiento y los comportamientos de las células y los órganos apropiados para estos modos. El cuerpo de la persona reanuda la conciencia somática. "Somático" se refiere a las sensaciones dentro del cuerpo, incluida la *conciencia* de estar dentro del cuerpo. Los comportamientos fisiológicos del modo de pausa cesan.

Esta secuencia de cinco pasos para desactivar el modo de pausa *no* es tan inusual. Es posible que hayas visto a un perro hacerlo, después de haberse llevado un buen susto. Es posible que lo hayas hecho tú mismo.

Ejemplo común de una desactivación de la pausa

Si alguna vez se han encontrado temblando después de nadar en un lago de montaña helado (lo que desencadena una mezcla de los modos de pausa y simpático) o inmediatamente luego de un trauma intenso que indujo una pausa, puede que esta secuencia se haya detenido cuando empezaron a darse cuenta de que estaban recuperando su temperatura normal o calmándose. Sus mentes comprendieron de forma abrupta que ya no era *necesario* estar temblando, y/o tal vez que iban estar bien, después de todo, pensamientos similares a "¡estoy a salvo!" o "¡no hay moros en la costa!".

Este pensamiento es seguido por una respiración profunda y audible como un suspiro de alivio, un sutil movimiento de la cabeza y una sacudida o escalofrío que viaja por la columna vertebral que casi se siente como pulsar un botón de reinicio interno. Esta secuencia puede resultarles familiar… si no tienen Parkinson.

La mayoría de las personas a las que les he preguntado casualmente sí recuerdan haber realizado esta secuencia en respuesta a los breves temblores o sacudidas que podrían aparecer luego de un trauma, un frío extremo o una anestesia total. Pero la mayoría de mis pacientes con Parkinson no tenían idea de lo que estaba hablando cuando describí la secuencia básica para salir de la pausa. Muchos incluso pensaban que debía ser *imposible* que el cerebro *pudiera* pensar cuándo es lo suficientemente seguro salir de la pausa, un modo caracterizado por la cautela y una mayor evaluación de riesgos.

Como muchos de mis pacientes con EP lo expresaron: "solo un *idiota* podría pensar que está *a salvo*".

Las personas con Parkinson, por varias razones, se han quedado *atrapadas* en los patrones eléctricos de un modo neurológico que solo se puede desactivar cuando 1) la amenaza biológica interna del trauma se ha estabilizado *y* 2) la persona está dispuesta y es capaz de sentirse segura otra vez o, al menos, lo suficientemente segura como para desactivar este modo.

Mis pacientes con Parkinson a) tenían una lesión sin curar (más a menudo, en el pie o en la cabeza) que causaba un flujo eléctrico tipo pausa, *o* b) se habían *ordenado* a sí mismos disociarse de una lesión aún sin curar, *o* c) se habían quedado atrapados en la pausa después de un trauma grave y nunca se habían curado lo suficiente como para salir de esta, *o* d) se habían dado a sí mismos una orden que inducía la pausa, a menudo, en la infancia, mientras se miraban en el espejo, una orden similar a la de "no sentir dolor".

El cuerpo *emplea* un modo neurológico en el que está entumecido frente a varios tipos de dolor físico y emocional, el modo de pausa, que está asociado con el trauma cercano a la muerte y el coma. Cuando una persona se ordena a sí misma, con gran concentración mental y determinación, no sentir dolor, es muy posible que su cerebro obedezca. Podría pasar al modo neurológico de entumecimiento relativo cercano a la muerte… y quedarse allí.

Al modo de pausa que se activa de *esta* manera yo lo llamo "pausa autoinducida".

La EP que se origina a partir de la pausa autoinducida es la forma más común de los cuatro tipos de enfermedad de Parkinson, que se presenta en casi el 95 % de mis pacientes con EP. La he llamado enfermedad de Parkinson tipo I.

Muchas personas con Parkinson tipo I sí recuerdan haberse dado a sí mismos alguna orden de este tipo. Sin embargo, muchos de los que *no recuerdan* haber hecho esto refieren que adoptaban el entumecimiento, o "entraban en un lugar muerto por adentro", o "un lugar gris" como su manera de lidiar con el malestar o las emociones negativas.

El Parkinson tipo I tiene patrones de comportamiento que no se ven en los otros tipos de EP. Así que incluso si una persona con EP tipo I no *recuerda* haberse dado ninguna orden, este tipo es bastante fácil de distinguir. Este manual contiene instrucciones para diagnosticar los cuatro tipos.

Más allá de si una persona *recuerda* o no haberse ordenado a sí mismo sentirse entumecido o algún otro tipo de orden que inadvertidamente indujo el modo de pausa, *si* esta orden está fijada en su mente, *no* será capaz de desactivar el uso de este modo hasta que cambie algunos hábitos mentales relacionados con la pausa.

Una vez más, además de la *auto*activación del modo de pausa de la EP de tipo I, hay otros tres métodos de activación mucho menos utilizados que pueden causar inadvertidamente que alguien se quede atascado en patrones eléctricos tipo pausa. Como se

mencionó anteriormente, hay cuatro maneras de quedarse *atascado* en los patrones eléctricos del modo cercano a la muerte, y cuatro maneras de desactivarlos.

Así que si a ustedes o a un ser querido le han diagnosticado enfermedad de Parkinson y *no* están tomando medicamentos dopaminérgicos, alégrense. *No* es una enfermedad incurable.

Anexo al capítulo uno

Atención: Antes de seguir adelante, quiero dejar claro dos cosas:

En primer lugar, el parkinson*ismo* inducido por medicamentos y toxinas no es lo mismo que la enfermedad de Parkinson. Estos dos parkinson*ismos* tienen *algunos* síntomas en común con la enfermedad de Parkinson idiopática, pero se reconocen como trastornos completamente diferentes con causas subyacentes diferentes. En los casos de parkinso*nismo* inducido por medicamentos o toxinas, los síntomas son el resultado de un daño físico en las células cerebrales. Los tratamientos descritos en este libro no son efectivos para el parkinson*ismo* inducido por medicamentos o toxinas. Aprenderán a diagnosticar estos síndromes "ismos" en el capítulo quince.

Algunos médicos, si no están seguros del diagnóstico de un paciente porque sus síntomas aún son leves, le diagnosticarán al paciente "parkinsonismo" en lugar de darle el diagnóstico más alarmante, pero más preciso, de enfermedad de Parkinson. Esto es una pena porque el diagnóstico incorrecto puede hacer que una persona con EP en fase inicial retrase el tratamiento. Cuanto antes una persona con Parkinson comience a trabajar para desactivar la pausa, más fácil le resultará. En el tipo más común de enfermedad de Parkinson, la EP tipo I, los patrones de pensamiento cauteloso que desencadenan el uso incesante del modo de pausa aumentan constantemente. Esto, a su vez, fortalece los otros comportamientos mentales que sostienen la pausa y puede hacer que sea cada vez más difícil desactivarla. Esto también contribuye al empeoramiento continuo de los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Cuanto antes comience el tratamiento, más fácil será recuperarse.

Este libro explicará cómo hacer un diagnóstico más pronto y mucho más preciso de la enfermedad de Parkinson que el que se enseña actualmente en las facultades de medicina occidental.

Además, la enfermedad de Parkinson a veces se denomina "enfermedad de Parkinson idiopática". Los dos nombres significan lo mismo. La palabra "idiopática" significa "causa desconocida".

En segundo lugar, las modalidades de la medicina china, como la acupuntura, las hierbas chinas y la moxa (fumar hojas de artemisa) *no* se utilizan en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Hablaré más sobre esto más adelante, pero quiero mencionarlo con tiempo, antes de que salgan corriendo en busca del acupuntor más cercano en respuesta a mis referencias a la medicina china.

Es probable que su acupuntor no sepa nada sobre el modo de pausa. *No* nos enseñan sobre el modo de pausa en las facultades de medicina china.

Cuando llevaba más de 10 años investigando el Parkinson, me encontré con este modo neurológico en una traducción al inglés de uno de los tomos antiguos más importantes de la teoría médica china, el *Huang Ti Nei Jing*.

La única razón por la que comprendí de inmediato de qué hablaba aquel lenguaje confuso fue porque respondía a muchas de las preguntas que había acumulado en mis años de investigación sobre el Parkinson, y eran *bastantes*.[7]

[7] Este es un ejemplo de lo que quiero decir con "lenguaje confuso", seguido de mi traducción a un español más contemporáneo. "El cambio de colores corresponde a los pulsos de las cuatro estaciones, algo que valoran los dioses porque está en sintonía con el ser divino y que nos permite huir de la muerte y permanecer cerca [aferrados] de la vida". Esto es del *Su Wen*, capítulo 13-9, de *A Complete Translation of the Yellow Emperor´s Classics of Internal Medicine and the Difficult Classic* (Una traducción completa de los clásicos de la medicina interna y el clásico difícil del Emperador Amarillo); Henry C. Lu, PhD; publicado por el Colegio Internacional de Medicina Tradicional China; Vancouver, BC, Canadá; 2004; p. 116.

La palabra "colores" en la cita anterior es una traducción muy imprecisa (e incorrecta) de los caracteres chinos para *Se mai*, literalmente "vías de luz" o "corrientes de energía derivadas de ondas de luz", o "energía de ondas de luz" (electricidad) y es una referencia al Qi de los canales, pero a menudo se traduce de forma incompleta al español como "colores".

La palabra traducida arriba como "pulsos" también puede significar "ritmos" o "patrones". La palabra traducida aquí como "estaciones" se suele traducir como "fases". Sin embargo, *si* está precedido por el número 4, a menudo es una referencia a "las cuatro estaciones". En nuestro caso, es una referencia a las cuatro fases neurológicas, o modos. Está claro que el traductor no lo sabe.

Una traducción rápida al español médico sería: "Los cambios en las vías eléctricas del Qi de los canales corresponden a los comportamientos fisiológicos de los cuatro modos. El primer modo, el parasimpático, está 'en sintonía con el ser Divino' [alegría y facilidad]. El segundo, el simpático, nos permite 'huir de la muerte' [reacción de alarma]. [El tercer modo no aparece en esta frase, pero corresponde al modo de sueño.] El cuarto, el modo de pausa, permite "aferrarse a la vida" mientras se está al borde de la muerte".

Los especialistas en medicina china de habla inglesa y china con los que he hablado no tenían idea de que esta sección del *Huang Ti Nei Jing* hablaba de modos neurológicos porque, desde mediados del siglo XX, la teoría de los canales ya no se enseñaba más en las facultades de medicina china. Los estudiantes y académicos actuales por igual ya no tienen una base para traducir esta sección. Por lo general, han adivinado que esta frase del milenario tomo médico es una declaración aleatoria sobre historia natural, algo así como "las plantas cambian de color durante el transcurso de las cuatro estaciones".

El resto del capítulo que sigue a esta frase introductoria no tiene sentido desde el punto de vista médico si este trata de cómo las hojas cambian de color en el otoño. Pero si lo tiene, y mucho, si uno reconoce por experiencia práctica que el Qi de los canales fluye de manera diferente en cada uno de los cuatro modos neurológicos.

Desde la revolución comunista en China, el Qi de los canales se considera una superstición histórica, equiparable con la religión y las referencias clásicas a lo Divino. La enseñanza del Qi de los canales como una realidad médica ha sido ilegal en China durante más de medio siglo. Podrían encarcelarte por ello, "enviarte al campo". Por esta razón, a la mayoría de los acupuntores de hoy no se les enseña sobre el Qi de los canales ni cómo percibirlo, la esencia original de este campo de la medicina. Esta prohibición ha llevado a algunas traducciones verdaderamente extrañas de los viejos libros de medicina al chino moderno y ateo, y de ahí a otros idiomas. Las razones políticas de esta prohibición legal se analizan en profundidad en algunos de mis otros libros, como *Hacking Chinese Medicine* y *Tracking the Dragon*.

Como ocurre con gran parte de la literatura china clásica, para que el lenguaje críptico y lacónico resulte inteligible, es necesario saber de antemano de qué se está hablando. Los antiguos textos médicos no fueron escritos con el fin de ser guías explícitas para el público en general. Más

No solo que las modalidades de la medicina china no son útiles en el tratamiento del Parkinson, sino que la ayuda profesional de *cualquier* tipo generalmente no es necesaria.

Los tratamientos de acupuntura realizados por personas que no tienen bien en claro la teoría de los canales pueden acelerar el empeoramiento de los síntomas del Parkinson. Pueden calmar temporalmente el temblor, pero en el transcurso de unos meses, los síntomas empeorarán más rápido que en una persona con EP que *no* recibió tratamiento de acupuntura. Esto fue lo que descubrió el Dr. Ming Qing Zhu, el difunto y muy famoso acupuntor chino especialista en neurología que desarrolló el arte de la acupuntura del cuero cabelludo, con quien una vez compartí oficina cuando trabajó por un breve período, a finales de los años noventa, en la facultad de medicina tradicional china Five Branches en Santa Cruz, California. Durante décadas, en China, había trabajado con cientos de personas con Parkinson, y descubrió que aquellos que recibieron tratamientos de acupuntura experimentaban un alivio temporal y, con el tiempo, un empeoramiento más rápido de los síntomas que aquellos que simplemente dejaron que el síndrome siguiera su curso natural.

En China, la mayoría de las personas no pueden costear los medicamentos antiparkinsonianos. Esto le permitió al Dr. Zhu observar la progresión natural del Parkinson en personas que *no* tomaban medicamentos dopaminérgicos, algo que la mayoría de los médicos estadounidenses nunca tuvieron la oportunidad de ver. Después de ver los resultados que mis pacientes obtenían, dejó de trabajar con personas con Parkinson y los derivó a la clínica que dirigí hasta el 2003.

El siguiente párrafo está destinado a los especialistas en medicina china y también a la mayoría de los acupuntores que no han recibido mucho entrenamiento en la teoría de los canales. Todos los demás pueden saltarse el siguiente párrafo.

Usando la terminología de la medicina china, el modo de pausa es una condición de exceso. Nunca tonificamos (fortalecemos) una condición de exceso. Los acupuntos que, al parecer, "drenan un exceso" en realidad no reducen la cantidad de Qi de los canales en el sistema, simplemente rompen algún bloqueo eléctrico o área de alta resistencia eléctrica, lo que permite la dispersión del Qi de los canales acumulado y que este reanude el flujo en su recorrido correcto. En el caso de una persona que se encuentre en el modo de pausa, la inserción de agujas ayudará al Qi de los canales a moverse mejor hacia atrás, y así, *aumentará* las señales eléctricas del modo de pausa. Por favor, no lo hagan.

Si tienen enfermedad de Parkinson, no se apresuren a buscar un acupuntor, o un terapeuta. Recuperarse de la enfermedad de Parkinson es un proyecto que requiere gran parte de trabajo propio o con un amigo.

Este libro explicará cómo hacerlo.

---

bien, eran referencias internas, muy a menudo metafóricas, a una tradición principalmente oral y muy custodiada.

El término del español moderno "meridianos" a veces se usa en lugar de la palabra "canales". La palabra "meridianos" significa "líneas imaginarias", utilizadas como constructo para ayudar a organizar la información. Los canales no son imaginarios. Sin embargo, el uso de la palabra meridiano coincide con la postura moderna de la política china de que los canales realmente no existen.

Capítulo dos

Preguntas apremiantes

La pregunta más apremiante para muchas personas es: ¿Cuánto tiempo tardaré en recuperarme de esta enfermedad? La respuesta es que varía. Tendrán que aprender cuáles son todas las variables y luego ver dónde encaja su caso. La variable más importante es qué tipo de EP tiene una persona. Así que este capítulo comenzará con eso.

Por otra parte, mis lectores que son médicos de cualquier especialidad suelen tener preguntas completamente diferentes: ¿Pueden comprobarse tus hipótesis? ¿Cómo puedes ayudar a tus propios pacientes con Parkinson? ¿Y cómo te atreves a darles a mis pacientes falsas esperanzas?

Trataré de responder tantas preguntas como pueda para todo tipo de lectores.

Cuatro formas de desarrollar enfermedad de Parkinson idiopática

He descubierto cuatro razones por las que la gente se queda atascada en las configuraciones eléctricas que son características del modo de pausa. Por supuesto, podría haber más. Las he numerado por frecuencia de aparición según mi experiencia.

Tipo I: pausa autoinducida.
Tipo II: *atascamiento* en patrones del Qi de los canales del tipo pausa debido a una lesión, cirugía u otros eventos de daño tisular sin curar o curados de forma incompleta. Muy a menudo, estos patrones de los canales del tipo pausa son el resultado de una lesión en el pie o en el tobillo de la que uno se ha disociado inconscientemente, de ahí la curación incompleta. Sin embargo, los patrones de los canales del tipo pausa también pueden surgir luego de cirugías, mordeduras de arañas y/o serpientes, quemaduras graves o cualquier tipo de evento que cause una obstrucción a lo largo de los canales del estómago o del canal Du que luego no se cure por completo.
Tipo III: disociación autoinducida luego de una lesión o trauma, de modo que la lesión termina causando un flujo de energía de canales del tipo pausa. Este es diferente del tipo II debido al componente mental, la persona se *ordenó* a sí misma no sentir la lesión específica.
Tipo IV: *atascamiento* en una pausa biológica normal resultante de una lesión que puso en peligro la vida y que desencadenó una pausa, pero, por alguna razón, esta nunca se desactivó. El síndrome conocido como "parkinsonismo posterior a una lesión en la cabeza" es una forma de EP tipo IV.

EP tipo I: pausa autoinducida

Este tipo de pausa generalmente se activa a través de una orden que alguien se da a sí mismo, a menudo en la infancia, de "no sentir dolor", "ser espiritual: estar por encima del dolor", "no ser parte de este mundo doloroso" o alguna similar que la obliga a distanciarse del dolor o el trauma físico o emocional. Esta orden *no* fue un comentario casual. Se empleó un nivel alto de intensidad y determinación. Como se mencionó anteriormente, a menudo se realizó mirando un espejo. Muchas veces, la orden no se recuerda *hasta* que se desactiva la pausa.

Este tipo es, por mucho, el más frecuente. Casi el 95 % de mis cientos de pacientes con EP tenían este tipo de enfermedad de Parkinson.

Este tipo *no* responde a los cinco pasos básicos que desactivan la pausa *normal*, o lo que se puede llamar " pausa biológica". Para desactivar la pausa autoinducida, se requiere un conjunto de técnicas completamente distinto. Repito, la EP de tipo I *no* responde a los cinco pasos básicos. Por eso, la mayoría de las personas que se encuentran en una pausa autoinducida no son capaces de realizar los dos últimos pasos de forma convincente: hacer movimientos con el cuello y dejar que un escalofrío recorra la columna vertebral. Por lo general, el cerebro luchará en contra de estos movimientos para terminar la pausa o no *permitirá* llevarlos a cabo.

La recuperación de la EP tipo I suele tardar más que la recuperación de los otros tres tipos. El plazo de recuperación de este tipo varía de unas pocas horas a muchos años. Según mi experiencia, la mayoría de las personas han necesitado 1 año o más.

El tiempo está relacionado con el grado en que una persona ha desarrollado un hábito constante de usar un monólogo interno basado en el miedo o la ansiedad y/o ha cultivado un hábito de imaginarse a sí mismo separado del resto de la humanidad, o incluso solo en el universo. En general, cuanto más haya adoptado una persona un pensamiento cauteloso y/o crítico impulsado por la pausa, más tiempo le llevará recuperarse.

Entraré en detalles sobre este tipo en capítulos posteriores, pero primero quiero dar una visión general rápida de los otros tipos (si notan que los porcentajes varían ligeramente de las ediciones anteriores de este libro, es porque he visto más pacientes desde entonces).

EP tipo II: flujo de Qi de los canales del tipo pausa a raíz del bloqueo en los canales del estómago y/o Du, también conocido como "pseudopausa".

Esta es la segunda causa más común del Parkinson. Las personas con este patrón generalmente se han disociado de una lesión en el pie o el tobillo. La disociación *no* se activó de forma consciente. En realidad, la disociación normal y saludable, que puede ocurrir de forma *automática* e inconsciente en respuesta a una lesión significativa, nunca se ha desactivado. Se supone que este tipo de disociación automática se desactiva solo cuando una persona o un animal lesionado se encuentra en un lugar seguro. En algunas personas, la disociación nunca se desactiva. Esto impide la curación completa de la lesión o trauma.

Un ejemplo de este comportamiento de disociación automática y normal, que se mantiene hasta sentirse seguro, podría ser el de un niño pequeño que se lastima y luego deambula por la casa en busca de su madre o alguna otra fuente de consuelo. Apenas vea a alguien que puede ayudarlo, alguien en quien confía, se larga a llorar.

La madre o la persona que lo consuela podrían decirle: "No debe haber sido tan grave; recién empezaste a llorar cuando me encontraste".

Esta declaración refleja una falta de comprensión. La lesión podría haber sido significativa, pero hasta que el niño sepa que está a salvo, será capaz de hacer lo que tiene que hacer (buscar tranquilamente a su mamá o a alguna otra fuente de consuelo y seguridad) con una conciencia mínima (disociación automática) del dolor.

He visto a más de cien pacientes que *no* tienen Parkinson que todavía están disociados de alguna lesión o cirugía antigua. Esta retención inadvertida de la disociación automática es una consecuencia común resultante del dolor crónico de una lesión, un dolor que no responde al tratamiento, una "ausencia de cicatrización" o, en el caso de huesos rotos, una "ausencia de consolidación".

En muchos casos, en cuanto se consigue que la mente subconsciente del paciente piense en el área problemática y vuelva a asociarse con ella, esta empieza a curarse. Muy a menudo, cuando la tensión micromuscular mantenida durante mucho tiempo en el área finalmente se relaja en respuesta al apoyo físico y al enfoque mental, comienza la curación profunda y *completa*. Incluso si la lesión se produjo hace décadas, el área lesionada podría no manifestar su hinchazón y/o moretones reprimidos durante mucho tiempo hasta que la persona vuelva a enfocar su atención en ella mientras afirma mentalmente que el área está segura de verdad. Únicamente de esta manera, el dolor y el daño pueden hacerse evidentes.

Debido a los circuitos eléctricos específicos del pie y del tobillo, una lesión sin curar de larga data o un bloqueo eléctrico causado por tejido cicatricial (que no es tejido conductor) en esta área puede hacer que el desorden eléctrico de la lesión aumente con el tiempo. Con el tiempo, el desorden puede crear tanta resistencia en el pie que una corriente eléctrica, generalmente la corriente del canal del estómago, comienza a fluir *en retroceso*, tal como lo hace durante la pausa.

Este tipo de comportamiento del canal también se puede poner en marcha por casi cualquier evento que bloquee el canal del estómago, no solo por lesiones accidentales. Las cirugías que pueden causar este tipo de bloqueo van desde cirugías en la pierna (puede ser en la rodilla, el tobillo o el pie), la ingle (generalmente debido a una hernia), apendicectomías, cesáreas o incluso liposucciones. Si la cirugía causa cicatrices, ya sean visibles en la piel *u* ocultas debajo de la piel (por lo general, por el daño de una laparoscopia) que bloquean el flujo del canal del estómago, el Qi del canal puede, con el tiempo, comenzar a fluir en retroceso y luego poner en marcha los diversos comportamientos del Qi del canal y los músculos que normalmente solo deberían ocurrir durante la pausa.

Otros traumas que pueden bloquear el canal del estómago incluyen las mordeduras de araña y de serpiente. Por lo general, este tipo de mordeduras se curan solas. Sin embargo, si una persona tiene varias áreas a lo largo del canal del estómago que ya casi están bloqueadas debido a una lesión o una cirugía, la mordedura de araña o de serpiente podría *no* se elimine correctamente. Por ejemplo, si una persona tiene un dedo del pie quebrado que no se curó y los huesos metatarsianos todavía están desplazados debido a una lesión antigua en el pie, es posible que un traumatismo posterior (ya sea una mordedura, una cirugía u otra lesión) cerca de esa área no sea capaz de curarse como corresponde. La colección acumulativa de traumatismos a lo largo del canal del estómago podría terminar causando un bloqueo completo del canal, lo que activa un flujo eléctrico en retroceso del tipo pausa.

Con el tiempo, por lo general, décadas, el efecto dominó de las alteraciones en el canal a partir de lesiones sin curar desencadena comportamientos eléctricos, y por consiguiente, síntomas físicos, que son casi indistinguibles de los que causa el uso crónico del modo de pausa.

En este tipo de casos, el cuerpo puede presentar síntomas *físicos* similares a los de una persona que está atascada en la pausa. Sin embargo, los comportamientos mentales y las funciones cerebrales en estos casos pueden no verse alterados de la misma manera o en el mismo grado que en las personas que están atrapadas en un estado mental cercano a la muerte o en un estado mental en donde buscan estar entumecidos. Los comportamientos y síntomas del Qi de los canales del *tipo* pausa que son el resultado de una lesión sin curar, una cirugía u otros traumatismos físicos, traumatismos que *no* incluyen la consciencia o subconsciencia de la muerte inminente, pueden denominarse “pseudopausa”.

Recuperación espontánea de la EP

La EP tipo II es el tipo de enfermedad de Parkinson que puede desaparecer de forma espontánea y permanente en respuesta al Qi Gong u otras disciplinas mentales y/o del movimiento en las que se utiliza la concentración mental para dirigir la energía por todo el cuerpo, incluso a áreas que, sin saberlo, podrían haber estado disociadas durante mucho tiempo.

Cuando leen en internet sobre personas que se curaron del Parkinson gracias al Qi Gong, visualizaciones, afirmaciones positivas o terapias prácticas de apoyo físico, lo más probable es que estas recuperaciones ocurrieran en personas que *solo* tenían EP tipo II.

Las personas con EP tipo II solamente tienden a desactivar los comportamientos del Parkinson con bastante rapidez, en cuestión de unas pocas semanas o unos pocos meses, en respuesta al tratamiento adecuado.

Este tipo de Parkinson es el segundo más común. *Solo* lo he visto en casi el 5 % de mis pacientes.

La combinación I y II

He visto EP tipo II *combinada* con tipo I en casi el 90 % de mis pacientes.

Esta combinación, según mi hipótesis, podría ser tan común porque si una persona está atascada en la pausa, ya sea de tipo biológico o autoinducida, la mayoría de las lesiones posteriores se tratarán a través de la disociación hasta el momento en que la pausa se desactive.

Para entender esto, imagínense a un animal que está en pausa y aparenta estar casi sin vida debido a algún tipo de ataque. El animal *no* debe reaccionar a una lesión o dolor continuo *o* posterior podría delatarse o volver a provocar a un depredador cercano. Un animal en pausa se disocia automáticamente de sus lesiones hasta que 1) desactiva la pausa y luego 2) llega a un lugar seguro.

Después de que la pausa se desactiva *y* el animal llega a un lugar seguro, automáticamente volverá a ser consciente del dolor de sus heridas, podría decirse que vuelve a asociarse con ellas. Una vez que está en un lugar seguro, el animal podría tender a lamer o rascar sus heridas, mimarlas o permitir que otro animal las lama. Un ser humano, cuando está a salvo, puede buscar el consuelo y el tratamiento adecuados.

Estar *atascado* en una pausa puede hacer que una persona *permanezca* disociada de sus lesiones posteriores. Añádase a esto que todo el mundo se golpea un pie en un momento u otro; como dice la vieja broma: "la función del dedo meñique del pie es asegurarse de que los muebles estén en el lugar correcto".

Además, algunos pacientes han recordado haberse dado a sí mismos la orden original que induce la pausa de no sentir dolor en respuesta directa a una lesión dolorosa en el pie o el tobillo. Por lo tanto, una lesión podría permanecer sin curarse, ya sea porque la persona *ya* estaba en pausa *o* porque *respondió* a la lesión ordenándose a sí misma no sentir dolor (entrar en una pausa autoinducida).

Como comentario al margen, debido a la disposición de los huesos del pie, el hueso que es más probable que se desplace durante cualquier lesión en el tobillo o el pie es el segundo cuneiforme, justo en el centro del pie, debajo del acupunto ST-42. Este es el hueso se desplaza más a menudo en mis pacientes con Parkinson con un componente de lesión en el pie. El ST-42 es también la ubicación del pie desde donde la corriente fluye en retroceso cuando una persona está en pausa. Por lo tanto, *no* es sorprendente encontrar lesiones

disociadas y sin curar, la mayoría de las veces en el pie o el tobillo, que contribuyen al esquema de pausa en una persona que también tiene una pausa autoinducida. [8]

La mayoría de mis pacientes con EP tipo I también tenían tipo II. En estos casos, el tipo I es el problema más profundo y **debe** tratarse primero, antes que el pie u otras lesiones, con el fin de evitar la pesadilla de la recuperación parcial,

que *no* es algo bueno. Recuperación parcial es el nombre que uso para describir el estado horrible que surge cuando una persona que *solía* tener una combinación de Parkinson tipo I y tipo II se queda atrapada en el extraño limbo mental, muy difícil de tratar, que puede ocurrir cuando las lesiones *físicas* que estaban contribuyendo a los circuitos del modo de pausa tipo II finalmente se han vuelto a asociar y luego se han curado, pero los comportamientos *mentales* causados por el Parkinson tipo I todavía están presentes. La angustia mental, incluso la psicosis, y el *rápido* empeoramiento de los síntomas de la enfermedad de Parkinson que pueden ser parte de la recuperación parcial se pueden evitar si la recuperación de la EP tipo I tiene lugar *antes* de realizar cualquier tipo de trabajo de curación física en las lesiones que contribuyen a la EP tipo II.

La frase recuperación parcial solo significa que una persona con dos o más tipos de EP se ha recuperado de uno o más de ellos, pero que la EP tipo I todavía está presente y causa un aumento de la angustia mental *debido* a los cambios fisiológicos de la lesión *curada*. Estos cambios pueden incluir la reanudación de los circuitos eléctricos del modo parasimpático en las inmediaciones de la lesión, aunque la mentalidad esté intentando mantener todo el cuerpo en modo de pausa. Mientras se está en el modo de pausa, las lesiones disociadas no *deben* volver a asociarse, ya que toda la concentración mental debe dirigirse a mantenerse con vida hasta que la crisis haya terminado. Este uso de la palabra parcial se refiere a que uno de los *tipos* de EP ha desaparecido, *no* a que los síntomas de la enfermedad de Parkinson han desapareciendo parcialmente.

EP tipo III: disociación autoinducida de una lesión

En algunos casos, una persona se ha ordenado a sí misma "ignorar la lesión", "fingir que la lesión nunca ocurrió", o incluso, si se trata, por ejemplo, de una lesión en el pie izquierdo, "no tengo un pie izquierdo". En estos casos, la persona se ordenó a sí misma no prestar atención a la lesión *específica*.

Esto es *muy* diferente de una orden que induce la pausa en la que una persona se dice a sí misma que no debe sentir dolor físico o emocional, punto. En la disociación

[8] La palabra "esquema" se refiere a un diseño o propósito generalizado para una configuración eléctrica. La palabra "circuito" se refiere al recorrido exacto del flujo de una corriente. Por ejemplo, en el cuerpo humano, el esquema eléctrico general del canal del estómago tiene corriente que fluye desde la frente hasta los dedos de los pies. El circuito específico en cada momento depende de las necesidades biológicas exactas del momento. Por ejemplo, en un grado alto de modo parasimpático, fluye más corriente desde la mitad del pie hasta la punta del segundo dedo del pie. En un grado alto de modo simpático, fluye más corriente desde la mitad del pie hasta el lado interno del dedo gordo del pie. En un grado alto de modo de pausa, no fluye nada de corriente hacia los dedos del pie, sino que fluye en retroceso desde la mitad del pie.

Cuando uso la palabra "esquema", me refiero al sentido *general* de dónde y por qué se supone que debe fluir una corriente dada, en contraposición a un patrón de circuito *específico* que está siendo utilizado por una persona concreta en un momento dado.

autoinducida de una lesión, la persona se ha ordenado a sí misma no reconocer un evento que provocó una lesión *específica* o una parte *específica* del cuerpo.

Repito, en una *pausa* autoinducida, la persona se ha ordenado a sí misma sentirse entumecida, fin de la cuestión. Las palabras exactas pueden variar, por supuesto. Muy a menudo, la persona no usaba la palabra "entumecimiento", sino que usaba palabras como "estar por encima de los sentimientos" o "ser más espiritual: no se verse afectado por el dolor". No obstante, la intención era lograr un estado en todo el cuerpo de estar separado del mundo, del cuerpo, o ser inmune al dolor físico y/o emocional.

En la *disociación* autoinducida, el paciente solo ha compartimentado uno o unos pocos eventos o partes del cuerpo lejos de la consciencia normal.

He visto casos de disociación autoinducida a partir de una lesión en decenas de pacientes que *no* tienen EP, y también en una persona con enfermedad de Parkinson idiopática.

Me contó que hacía 25 años que se había disociado intencionalmente de una lesión en la rodilla que no se estaba curando lo suficientemente rápido. Él estaba en la universidad en ese momento y "…no tenía tiempo de preocuparse por este dolor", así que se ordenó a sí mismo con fuerza dejar de sentir la rodilla. Después de hacerlo varias veces en el transcurso de un día, el dolor cesó abruptamente.

Soltó una risita triste: "Estaba tan orgulloso de mí mismo".

La recuperación de este tipo puede tardar unas semanas más que la del tipo II porque destruir la orden mental de disociación puede tomar una semana o dos.

Tipo IV: atascamiento en una pausa biológica.

Estar atascado en el modo de pausa es un cuadro *poco* común para el público en general, pero a lo largo de los años lo he visto en bastantes pacientes con enfermedades crónicas. Comparto unos ejemplos de estos casos en mi libro *Stuck on Pause* (Atascado en la pausa). Lo he visto en dos personas con enfermedad de Parkinson idiopática. Ambos habían sufrido *fuertes* golpes en la cabeza, golpes lo bastante fuertes como para inducirles el coma. En ambos casos, el golpe había desplazado una articulación de los huesos craneales, y estos desplazamientos aún no se habían corregido.

Ninguno de ellos se había *ordenado* a sí mismos estar entumecidos. Ninguno de los dos tenía una lesión sin curar en el pie. Ambos tenían un desplazamiento de los huesos craneales sin curar.

Caso práctico n.º 1: pausa normal o "biológica"

Uno de los dos pacientes, 20 años antes de conocerla, había sufrido una conmoción cerebral grave cuando se le cayó encima un armario grande. Recibió un golpe en el costado de la cabeza que le produjo un coma de 3 días. Cuando recobró el conocimiento, recuperó rápidamente su brillante agudeza mental. Sin embargo, basándome en el flujo de tipo pausa de sus corrientes eléctricas subdérmicas cuando la conocí casi 20 años después, su bioelectricidad *no* había salido del evento de coma.

Sus síntomas de EP se habían ido desarrollando lentamente a lo largo de los años. Unos años antes de conocerla, le habían diagnosticado enfermedad de Parkinson idiopática.

Aunque este es un capítulo introductorio, entraré en algunos detalles con respecto a su caso porque demuestran cómo el modo de pausa, incluso *sin* componentes autoinducidos, se relaciona con la causa de la enfermedad de Parkinson. También demuestra

cómo la desactivación de la pausa también desactiva abruptamente la *causa* subyacente de la EP. Aunque los muchos síntomas de la EP causados por la degradación física lenta y a largo plazo en los nervios y los músculos podrían sanar de forma gradual, el *factor* subyacente generador del Parkinson se apaga instantáneamente cuando el cuerpo deja de usar el circuito eléctrico de la pausa.

Cuando conocí a esta paciente, tenía todos los síntomas de la enfermedad de Parkinson idiopática, como rigidez en los brazos y las piernas, rueda dentada en las muñecas y los tobillos, pobreza de movimiento (se movía lento, necesitaba ayuda para levantarse de una silla), micrografía, voz débil, la postura encorvada clásica de Parkinson, inexpresión facial que era peor en el lado derecho de la cara, y un temblor en cuenta monedas que empeoraba lentamente, también en el lado derecho. Nunca había tomado medicamentos antiparkinsonianos.

Hice una historia clínica exhaustiva (más de una hora). Siempre hacía esto con mis pacientes con Parkinson nuevos o con cualquier paciente que tuviera lo que parecía ser un caso complicado. Al preguntarle por sus antecedentes médicos, me enteré de su lesión en la cabeza.

Con base en esta lesión, comencé su tratamiento con un poco de trabajo craneosacral en la cabeza. La terapia craneosacral es un tipo de Yin Tui Na. Yin Tui Na es un término chino genérico que significa sujeción firme y de apoyo. El Yin Tui Na puede ayudar a las personas con Parkinson tipo II o tipo IV a volver a asociarse y/o recuperarse de cualquier lesión *física* que esté manteniendo activos los patrones eléctricos del tipo pausa. [9]

Descubrí que el borde del hueso parietal derecho (en la parte superior de la cabeza) de mi paciente estaba atascado debajo del hueso temporal derecho (el hueso con el orificio de la oreja).

Cuando hice el protocolo craneosacral básico, uno de cuyos segmentos permite que los huesos parietales se muevan libremente en relación con los huesos temporales y se reposicionen de forma adecuada, ella de inmediato (allí mismo en mi consultorio) experimentó todos los comportamientos que había aplazado durante tanto tiempo y que una persona siente al salir de la pausa: la comprensión vertiginosa de que estaba a salvo, la respiración profunda, el movimiento de la cabeza, el escalofrío por la columna vertebral.

Muchos de sus síntomas más agudos del Parkinson se redujeron en cuestión de minutos. Algunos desaparecieron por completo. Su estado de ánimo cambió al instante.

Su madre, muy anciana, que nunca le habían informado que su hija tenía Parkinson, estuvo presente en la sesión de terapia en la que la causa subyacente del Parkinson se desapareció.

Su hija, mi paciente, se sentó de un salto a un costado de la mesa de tratamiento y comenzó a exclamar una y otra vez: "¡Estoy bien! ¡Estoy bien! ¡Qué *bueno*! ¡Es tan *bueno*!".

[9] El libro *Yin Tui Na: Hands-on Therapy for Traumatic Injury* está disponible para su descarga gratuita en PDrecovery.org. Este libro fue escrito originalmente como un manual para estudiantes de la universidad de acupuntura donde doy clases. Sin embargo, es completamente accesible para una persona sin antecedentes médicos. Las técnicas de Yin Tui Na son *extremadamente* simples de dominar. Se han descrito como "usar las manos como una banda adhesiva humana hasta que el área lesionada del paciente comience a relajarse".

Esta alegría desbordante y radiante en una persona que acaba de salir de una experiencia cercana a la muerte puede ser absolutamente normal, basta con preguntarle a cualquier enfermera de la sala de urgencias.

Mientras seguía exclamando lo bien que estaba todo, su madre me dijo: "¡Al fin! Ha vuelto a sonreír. Llevo años diciéndole que sonría, pero ¿me hacía caso? No. Supongo que prefiere sonreír para ti que para mí".

Unas semanas después de esta sesión, su neurólogo le dijo que no solo le había diagnosticado Parkinson *por error*, sino que también debía de ser neurótica por haber *fingido* tener enfermedad de Parkinson. La mayoría de sus colegas en la universidad, que antes habían sido amables con ella, se enfurecieron cuando se recuperó porque supusieron que había estado fingiendo tener Parkinson para asegurarse la titularidad, u otras acusaciones hostiles. Tuvo que someterse a un juicio académico por parte de sus compañeros para determinar si podía continuar como profesora. Los dos bandos estaban profundamente divididos. Lo superó, pero durante el resto de sus años como profesora, muchos la trataron con desprecio. No podían creer que una persona pudiera recuperarse de una enfermedad oficialmente incurable.

Reacciones hostiles a la recuperación

Muchas personas me han preguntado por qué mis pacientes recuperados no difunden sus historias a lo largo y a lo ancho. Sus historias de recuperación a menudo tienen finales amargos, llenos de acusaciones y hostilidad. La potencial "fama" de hacer pública la recuperación podría ser vista como otra razón por la que la persona había fingido tener Parkinson.

Excepto los que nunca volvieron a ver a un neurólogo, a cada uno de mis pacientes que se recuperaron el neurólogo le dijo posteriormente que era obvio que le habían dado un diagnóstico erróneo o que había tenido "parkinsonismo psicógeno".

El "parkinsonismo psicógeno" es un síndrome que se parece exactamente al Parkinson, pero a menudo aparece de repente, después de un trauma físico o emocional grave, y luego desaparece cuando el shock grave disminuye. Así es como se ve el uso prolongado del modo de pausa cuando una persona *no* usa el dominio de la norepinefrina.

Dado que acaba desapareciendo por sí solo (como se supone que debe suceder con la pausa) en un tiempo bastante corto, unos días o unos pocos meses, el síndrome (conjunto de síntomas) de parkinsonismo psicógeno a menudo es descartado por el médico por ser un fenómeno puramente mental y no estar relacionado de ninguna manera con las presuntas deficiencias cerebrales de la enfermedad de Parkinson idiopática. De hecho, a excepción de la EP tipo IV extremadamente rara, *todos* los casos de enfermedad de Parkinson idiopática son, desde el punto de vista técnico, psicógenos, lo que significa que tienen un componente mental significativo.

Debido a que los síntomas de *recuperación* pueden incluir la aparición grave y repentina de debilidad extrema y laxitud en los músculos que habían estado rígidos durante mucho tiempo, algunos médicos que declararon que habían dado un "diagnóstico erróneo" cuando se enfrentaron a uno de mis pacientes recuperados cambiaron caprichosamente el diagnóstico a atrofia multisistémica (AMS) o parálisis supranuclear progresiva (PSP), otros dos trastornos del movimiento para los que, al igual que el Parkinson, no existe ninguna prueba *concluyente* aparte de la autopsia. Cuando el paciente se recuperaba por completo y volvía a estar fuerte, de modo que el diagnóstico de AMS o PSP ya no era apropiado, la

respuesta típica del médico era la ira y las acusaciones, un diagnóstico de psicosis o la conclusión de que el paciente había estado fingiendo tener enfermedad de Parkinson. [10]

De acuerdo con la teoría médica occidental actual, que se basa en la idea de finales del siglo XIX, refutada hace *mucho tiempo*, de que las células cerebrales y los comportamientos cerebrales no pueden sanar nunca, ni siquiera cambiar, el Parkinson, al ser considerado un trastorno cerebral, es, por definición, incurable.[11]

Volviendo al tema de la enfermedad de Parkinson tipo IV, solo he visto dos casos en los que el paciente se encontraba atascado en una pausa *biológica*, no mental (autoinducida), *y* tenía un diagnóstico oficial de Parkinson. Ambos se recuperaron cuando se trataron los desplazamientos craneales y, en el segundo caso, las demás lesiones y desplazamientos óseos. En ambos casos, se utilizó una terapia craneosacral suave de toque ligero para tratar la lesión en la cabeza de larga data.

La paciente del caso práctico anterior nunca se había ordenado a sí misma no sentir dolor. Su cuerpo simplemente estaba esperando ayuda para desalojar el desplazamiento de los huesos del cráneo que la había dejado en coma durante 3 días, un desplazamiento que

[10] En su libro *Cured: The Life-Changing Science of Spontaneous Healing* (Curado: la ciencia revolucionaria de la curación espontánea), el autor Jeffery Rediger, médico y psiquiatra de la facultad de medicina de Harvard, comparte cómo los médicos tachan de "diagnósticos erróneos" los casos de recuperación "espontánea" (no causada por los medicamentos) de muchas enfermedades incurables. Los casos que cita incluyen cánceres de páncreas en fase terminal, enfermedad pulmonar fibrosa invasiva, lupus avanzado y otras enfermedades "incurables". Los pacientes tenían estudios de imágenes y análisis de sangre excelentes que *demostraban* que padecían sus enfermedades.

Su punto no es solo que muchas personas se recuperan de todo tipo de enfermedades "incurables", sino que los médicos occidentales están entrenados para no creer que esas recuperaciones sean posibles. En los ejemplos de recuperación "espontánea" de su libro, cada paciente había rechazado la opción de tratamiento occidental, tratamiento que solo retrasa o suprime la enfermedad. En su lugar, los pacientes decidieron cambiar ellos mismos. Experimentaron una epifanía, o un cambio en el pensamiento, en la dieta, o en algún otro aspecto de la vida, y se recuperaron de lo "incurable". En la introducción de su libro, Rediger explica que "el propio tema [de la recuperación de una enfermedad incurable] es un tabú en la medicina convencional". La única respuesta permitida es un "diagnóstico erróneo". En los casos de la enfermedad de Parkinson, en los que, para empezar, no se puede demostrar el diagnóstico, la conclusión de un diagnóstico erróneo después de una recuperación es casi un hecho.

[11] Las investigaciones de los últimos 20 años han demostrado que los comportamientos cerebrales sí cambian en respuesta al uso o incluso crean compensaciones en respuesta al daño. En cuanto a la idea del siglo XIX de que no es posible generar nuevas células cerebrales, una nueva investigación sugiere que no solo el cerebro es capaz de generar nuevas células (neurogénesis), sino que "la alteración de la neurogénesis podría ser un mecanismo potencialmente relevante detrás de los déficits de memoria en la enfermedad de Alzheimer". Esta cita fue tomada del artículo "Adult hippocampal neurogenesis is abundant in neurologically healthy subjects and drops sharply in patients with Alzheimer´s disease" (La neurogénesis del hipocampo adulto es abundante en sujetos neurológicamente sanos y disminuye de forma drástica en pacientes con enfermedad de Alzheimer); *Nature Medicine*; 25 de marzo de 2019; www.nature.com/articles/s41591-019-0375-9. Lo importante aquí es que el desarrollo constante de nuevas células cerebrales, la neurogénesis, ahora se considera normal, *pero* aún persiste una idea anticuada: la enfermedad de Parkinson *debe* ser incurable debido a las presunciones históricas e incorrectas de que el cerebro *no puede* generar nuevas células y que las células cerebrales *no pueden* cambiar sus comportamientos.

todavía estaba presente 20 años después. Además, *no* tenía la "personalidad parkinsoniana" reconocida por los médicos que se observa en las personas con EP tipo I. El capítulo dieciséis aborda este tema en profundidad.

La otra persona con EP tipo IV, veinte 20 antes de que yo la conociera, había salido volando 30 pies (9 metros) de un auto durante un accidente grave. Se había desmayado, pero solo por unos minutos. Su respuesta al tratamiento craneosacral fue similar a la del caso práctico anterior: a los pocos minutos de que la articulación de los huesos occipital-esfenoides del mesencéfalo volviera su lugar, pasó de la depresión mental característica de la EP a "¿Qué pasó? ¡Estoy contento!".

Sin embargo, su *cuerpo* seguía sintiéndose como si estuviera utilizando el modo de pausa a pesar de que su mesencéfalo había vuelto a experimentar la liberación de dopamina. Seguía sin poder realizar el paso 5 para desactivar la pausa: dejar que un escalofrío o una sacudida recorra la columna vertebral.

Con más trabajo craneosacral y Yin Tui Na en las sesiones de tratamiento posteriores, se encontraron vértebras atascadas desde T-5 hasta T-8, un occipucio-atlas pinzado, y desplazamientos en una cadera y un omóplato, los cuales habían estado rotos. Las fracturas de huesos se habían curado, pero los huesos seguían desplazados. A medida que se trataron estas áreas en el transcurso de más de veinte sesiones, a través del uso de las técnicas descritas en el libro *Yin Tui Na*, todo su cuerpo finalmente cambió a un estado relajado y placentero que coincidía con su sensación mental de estar "contento".

Muy probablemente, la razón por la que he visto solo dos ejemplos de personas con Parkinson algo *avanzado* atascadas en una pausa *biológica* es porque solo he visto un número muy limitado de personas con Parkinson, solo unos pocos cientos. Estoy segura de que, si viera a varios miles de personas con EP, me encontraría con muchas más que están atascadas en una pausa biológica en lugar de en una pausa autoinducida.

Síntomas previos al Parkinson en personas con pre-Parkinson tipo IV

Aunque solo he visto a dos pacientes con Parkinson avanzado tipo IV, *he* visto a *muchos* pacientes que estaban atascados en una pausa biológica y presentaban las corrientes eléctricas de la pausa, pero *no* parecían tener Parkinson de manera manifiesta. Aún. Estas personas *podrían* haber terminado en el grupo de EP tipo IV si sus problemas subyacentes no se hubieran tratado a tiempo.

Muchos de mis pacientes que estaban atascados en una pausa biológica tenían algunos síntomas sutiles y algunos no tan sutiles del pre-Parkinson, muy a menudo presentaban un temblor interno que cesó cuando se desactivó la pausa. Recuerden que el circuito subyacente de la pausa suele estar presente durante muchas *décadas* antes de que los síntomas de la pausa se hagan evidentes. Es posible que recién se manifiesten cuando la persona ya no sea capaz de invocar la sensación mental de emergencia que puede anular la pausa temporalmente.

En *algunos* casos, las lesiones de las personas atascadas en la pausa biológica ya estaban curadas. Lo único que estas personas necesitaban hacer era iniciar los pasos normales para desactivar la pausa: confirmar que estaban estables internamente *y* seguros externamente, inspirar de forma profunda y audible, mover la cabeza y la parte superior del cuello, dejar que un escalofrío recorra la columna vertebral unas cuantas veces, hasta que sientan que algo cambió en su interior. Otros todavía tenían lesiones en la cabeza o la columna vertebral sin curar.

Pueden leer acerca de estos casos y los síntomas *pre*-EP de muchos pacientes en pausa en mi libro *Stuck on Pause*, disponible para su descarga gratuita en www.PDrecovery.org.

El punto principal que se desprende de lo anterior es que muy posiblemente haya un mayor porcentaje de personas con tipo IV que el representado en mis propios pacientes. El tamaño de mi muestra ha sido tan pequeño que mis porcentajes de quién tiene qué tipo de enfermedad de Parkinson no deben considerarse representativos de todos los que tienen Parkinson. Solo reflejan mi experiencia personal. A continuación, voy a desviarme brevemente del tema de los síntomas pre-Parkinson, mientras explico un poco más sobre la velocidad de la recuperación.

Recuperación con velocidad variable

En cuanto a la recuperación casi instantánea en el caso práctico anterior, esa velocidad no es inusual. Aunque muchas personas trabajaron para desactivar el circuito de pausa muy lentamente y obtuvieron resultados graduales a lo largo de meses o incluso años, muchas personas *lograron* desactivar el patrón de pausa *muy* rápido. Algunos incluso se recuperaron rápidamente de *algunos* de sus síntomas en menos de 1 minuto. Por ejemplo, en el caso práctico anterior, el circuito de pausa de la paciente se desactivó tan pronto como el hueso parietal volvió al lugar correcto y un escalofrío le bajó por la columna vertebral. De repente, sonreía sin hacer un esfuerzo consciente ni "dominar" los comportamientos cerebrales.

Sin embargo, los músculos faciales aún no eran lo suficientemente fuertes para que pudiera *mantener* una sonrisa automática. Pasaron varias semanas antes de que esos músculos volvieran a estar incansablemente fuertes, sin esfuerzo. Durante ese tiempo, ella podía decir que estaba "en recuperación". Ya no podía decir que tenía Parkinson. *Podía* decir que cuando el modo de pausa se desactivó, su *inhibición* neurológica de la expresión facial desapareció *al instante*.

En cuanto a la desactivación del modo de pausa, se recuperó instantáneamente. En cuanto a la restauración completa de la resistencia muscular, estuvo en recuperación durante meses.

Es imposible ofrecer un número específico en relación con cuánto tiempo se tarda en desactivar la pausa. Desactivar los patrones eléctricos de pausa biológica o pseudopausa, patrones que causan la enfermedad de Parkinson, puede tomar una sesión de tratamiento o puede tomar una docena. En las personas que *solo* tienen EP tipo II o tipo IV, el ritmo de recuperación depende principalmente de la *cantidad* de lesiones disociadas en el pie/tobillo u otras lesiones que tenga la persona. Puede tomar varias semanas o meses de tratamientos una vez a la semana para localizar todos los lugares lesionados en el cuerpo de una persona que están disociados y que están causando que la persona se quede atascada en una pausa. Si solo hay una lesión, podrían ser suficientes tratamientos de 1 a 3 horas de duración para desactivar el circuito de pausa. Si hay decenas de lesiones, puede tomar varios meses volver a asociarlas o desactivar la pausa en todas ellas, tratándolas una a la vez.

Con la EP tipo I, pueden ser necesarios unos minutos o unos pocos años antes de que una persona pueda entrenarse para activar por completo el cuerpo estriado y el tálamo (áreas cerebrales que regulan la alegría, la anticipación de la alegría y permiten el movimiento "automático" (espontáneo), en lugar del movimiento por una orden mental). Cuando están completamente activados, la pausa autoinducida puede desactivarse.

La recuperación es instantánea… la recuperación toma meses

Cuando digo que una persona "se recuperó de la enfermedad de Parkinson al instante", lo cual *no* es inusual, quiero decir que el *factor generador* de los síntomas de la enfermedad de Parkinson cesó por completo y nunca regresó. El uso del modo de pausa y las inhibiciones neurológicas que lo acompañan, como la inhibición de la liberación de dopamina para la función motora, una sensación opresiva de falta de alegría o incluso una sensación de fatalidad inminente, desaparecieron instantáneamente. Cuando digo que una persona se recuperó al instante, quiero decir que el *circuito de pausa* se desactivó en un instante. Y no regresó.

Después de ese cambio instantáneo, las personas están "en recuperación". Las personas en recuperación todavía tienen que pasar por los síntomas de recuperación: semanas e incluso meses para adaptarse a la nueva suavidad infantil y la laxitud en los músculos que habían estado *tensos* y *rígidos* durante mucho tiempo; cosquilleo en partes del cuerpo que habían estado entumecidas o desconectadas de la propiocepción durante mucho tiempo; dolores por el uso de músculos que no se habían utilizado, habían estado atrofiados y que volvían a utilizarse de forma *automática* e *imparable* para movimientos como balancear los brazos y mantener la espalda recta. Estos síntomas de recuperación *no* son síntomas de la enfermedad de Parkinson. Son lo *opuesto* a los síntomas de la EP.

Las personas cuya *causa* subyacente del Parkinson había desaparecido *no* podían moverse de repente con la misma facilidad que 20 años antes. Había repercusiones debido a los años, tal vez décadas, que habían estado en modo de pausa.

Estar en pausa es como estar en una guerra. Las personas con Parkinson están en una guerra implacable y a largo plazo. Sus músculos, comportamientos cerebrales, articulaciones y estructura esquelética están bajo ataque constante porque ya no están recibiendo su apoyo y suministros de energía normales. Algunas partes del cuerpo y del cerebro están esencialmente muriendo de hambre y se está permitiendo que se desmoronen. Los músculos se han atrofiado; los nervios se han adormecido. El área de la imaginación motora del cerebro, un área crucial para el movimiento automático, se ha vuelto inactiva debido a la falta de uso.

Cuando termina una guerra, la vida no vuelve instantáneamente a la normalidad. La reconstrucción después de una guerra puede llevar algún tiempo. Cuánto tiempo se tarda depende de la magnitud de los daños. Aun así, la paz de posguerra es gloriosa. Uno puede celebrar y declarar: "¡La guerra ha terminado!" aunque se necesite mucha reconstrucción.

Cuando el modo de pausa se desactiva, lo que toma solo un instante en muchos casos, la guerra contra el cuerpo ha terminado. No hay más inhibición de la liberación de dopamina para la función motora o para pensar en imágenes positivas, lo que incluye la imaginación de comportamientos motores. *Sin embargo*, después de desactivar la pausa, el cuerpo y el cerebro de una persona ahora tienen un trabajo de reconstrucción que hacer, que puede tardar meses. El tiempo que tarda la reconstrucción depende de la gravedad del daño.

Cuando digo "el Parkinson desapareció", "la causa subyacente desapareció" o "la persona se recuperó", quiero decir que el modo de pausa se desactivó para siempre: es evidente que la guerra ha terminado, sin lugar a dudas.

Además, aunque muchas personas desactivan la pausa en un instante, muchas otras lo hacen de forma *gradual*. Algunas personas desactivan la pausa autoinducida de forma gradual, algunas incluso avanzan dos pasos y retroceden uno, durante meses o años. Es posible que al principio tengan momentos extraños, de vez en cuando, en los que se sientan

diferentes, no en pausa. En estos momentos, la mente está más relajada y el movimiento en algunas partes del cuerpo se siente más fluido. Si una persona continúa o intensifica su autoterapia mental, aumentan gradualmente la frecuencia y la duración de estos momentos. Con el tiempo, estas personas notan que están usando el modo de pausa autoinducida solo de vez en cuando, por lo general, cuando están preocupadas por algo. Las personas que se recuperan gradualmente, que desactivan la pausa de forma errática en lugar de al instante, podrían tener más dificultades para creer, al principio, que algo está cambiando para mejor. Incluso cuando el uso del modo de pausa autoinducida ocurre con muy poca frecuencia, tal vez una vez a la semana durante algunas horas, tienden a estar aterrorizadas, cada vez, de que su Parkinson haya regresado tan fuerte como siempre. Aun así, *con el tiempo*, pueden recuperarse por completo y no tener más recaídas.

Para estas personas, las breves "recaídas" pueden servir como un recordatorio para seguir haciendo el tipo específico de ejercicios de reentrenamiento cognitivo que se explican más adelante en este libro. La mayoría de las personas que se recuperan gradualmente también tienen una mayor tendencia a alarmarse por sus síntomas de *recuperación* en lugar de animarse. A pesar de que los síntomas de recuperación son lo opuesto a los síntomas de la EP, los hábitos de pensamiento negativo arraigados hacen que algunas personas consideren cualquier cambio físico como algo problemático o incluso un presagio melodramático de perdición. Este tema se discutirá en detalle más adelante.

Voy a entrar en esta discusión preliminar sobre las tasas de recuperación aquí, al principio del libro, porque la tasa de recuperación es una de las preguntas más frecuentes. Con suerte, los lectores están empezando a ver que no hay una respuesta única. No hay dos personas con Parkinson que tengan los mismos síntomas o desarrollen síntomas en el mismo orden. No hay dos personas con Parkinson que experimenten la recuperación de la misma manera. La mayoría de los casos de Parkinson se originan con pensamientos (órdenes mentales), el origen del patrón de pausa fue psicológico. Cada persona experimenta y se recupera de los trastornos psicológicos autoinducidos a su manera.

A continuación, quiero reanudar la discusión de los "síntomas pre-Parkinson" que vi en muchas personas que estaban atascadas en la pausa y que *aún* no tenían un diagnóstico de enfermedad de Parkinson a pesar de que tenían muchos síntomas incipientes y síntomas previos.

Caso práctico n.º 2: un niño de 10 años con temblor interno

Como ejemplo de un síntoma pre-EP, tuve un paciente de 10 años con una lesión reciente en el hombro por hacer deporte. Noté que el Qi de su canal del estómago estaba circulando en retroceso *y* un desplazamiento obvio de los huesos del pie que él no podía explicar. El hombro desplazado se reacomodó muy rápidamente. Le pregunté a su padre si también podía trabajar en los huesos del pie, que obviamente estaban desplazados.

Debido a que el Qi de su canal del estómago circulaba en retroceso, antes de comenzar el tratamiento en cada sesión, siempre le preguntaba al niño sobre ciertos síntomas pre-EP, como cualquier sensación de agitación o temblor dentro de la cabeza o el cuerpo. Me dio respuestas negativas a todas las preguntas. Era un muchacho extremadamente elocuente e inteligente, competía en deportes de liga, tocaba el violín y acababa de ganar un puesto en el consejo estudiantil de su escuela primaria a pesar de ser más joven que la mayoría de los otros candidatos. Me pareció que tenía una inteligencia y una personalidad elocuente, enfocada y altamente motivada, muy similar a la de muchos de

mis pacientes con EP. Desde entonces, he llegado a sospechar que este tipo de personalidad podría ser impulsada por el potente dominio de la norepinefrina.

Lo traté con Yin Tui Na en el transcurso de varias sesiones, de 1 hora, una vez a la semana, hasta que los huesos de los pies se reacomodaron en su lugar. El Qi del canal del estómago comenzó a fluir correctamente.

Al comienzo de cada sesión de tratamiento, le preguntaba si tenía algún temblor interno. Siempre decía que no. Durante la sesión de sujeción del pie, en la que los huesos del pie finalmente se reacomodaron en su lugar, comentó: "Acabo de recordar cuando me lastimé ese pie. Tenía 5 o 6 años. Mi madre me aplastó el pie con el automóvil. No podía decírselo; habría quedado devastada. Así que fingí que nunca sucedió".

Después de unos momentos, habló de nuevo. "¿Sabes qué? Siempre me has preguntado si sentía algún temblor interno. Bueno, debía haberlo tenido porque ¡recién se detuvo! Se siente *tan* bien. Siempre estuvo ahí. Pero pensaba que era normal. Ah, me siento *tan* bien ahora. Estoy tan *calmo* por dentro. ¡El temblor dentro de mi cabeza se ha ido por completo!".

Según su flujo eléctrico tipo pausa y sus comentarios sobre haber fingido que esa lesión en específico jamás ocurrió, es probable que haya tenido *pre*-Parkinson tipo I o tipo III.

Caso práctico n.º 3: caída cuando era bebé

Una mujer de casi 30 años vino a verme porque había comenzado a arrastrar el pie. Su postura estaba empezando a encorvarse hacia adelante. El brazo izquierdo tendía a torcerse en el codo. Había sido muy atlética y sentía que estaba "envejeciendo antes de tiempo". Se movía con rigidez cuando intentaba darse vuelta en la cama. La mano izquierda le temblaba cuando dirigía música.

Tenía varios huesos desplazados en el pie izquierdo y no recordaba haberse lesionado recientemente el pie. Sus canales fluían en los patrones de pausa.

Le sujeté el pie con firmeza, durante 1 hora, una vez a la semana, a lo largo de varias semanas. Cuando los músculos de los pies finalmente se relajaron y los huesos de los pies se reacomodaron en su lugar, recordó una lesión muy antigua que supuso que se había curado hacía mucho tiempo.

Cuando tenía alrededor de 3 meses de edad, fue bautizada en la fe ortodoxa griega de sus padres. Cuando el sacerdote estaba a punto de sumergirla en la fuente, la dejó caer. Antes de que cayera de cabeza al agua, el sacerdote la agarró por el pie izquierdo y la levantó de un tirón para ponerla a salvo, y luego procedió a sumergirla en el agua fría: una dolorosa herida en el pie, seguida de una conmoción.

Su abuela, que había asistido a la ceremonia, le había dicho muchas veces en los años siguientes: "Nunca volviste a ser la misma después de ese día. Antes eras una bebé muy tranquila. Después de ese día, siempre estabas agitada, alarmada".

Después de que su lesión en el pie se curara en respuesta a varios tratamientos Yin Tui Na de sujeción de pies y desaparecieran sus síntomas pre-Parkinson, tenía algunos de los síntomas de recuperación muy específicos (síntomas a corto plazo que son lo *opuesto* a la enfermedad de Parkinson) que ocurren en personas que se han recuperado de la enfermedad de Parkinson.

No puedo decir si estaba disociada de su lesión, si estaba atascada en una pausa biológica, o ambas cosas. En el momento en que trabajé con ella, no tenía ni idea de que

eso marcaba la diferencia. De cualquier manera, sus síntomas pre-Parkinson desaparecieron rápidamente cuando el pie se curó. En cuanto a su desarrollo de síntomas pre-Parkinson bastante obvios (para mí) siendo tan joven, me pregunto si esto podría deberse a que ella había estado usando el modo de pausa desde los primeros meses de vida. En cuanto a la reciente aparición de los síntomas, se había graduado de la universidad en un campo que amaba y sus tensiones juveniles habían desaparecido. Era muy posible que ya no haya podido sostener un escenario emocional con suficiente sentido de emergencia para mantener su dominio de norepinefrina en marcha. Cuando su sensación interna de emergencia disminuyó, sus síntomas subyacentes de pausa comenzaron a aparecer a pesar de que era bastante joven (tenía menos de 30 años).

Este caso práctico y el anterior se mencionan, en parte, para señalar que una persona puede tener muchos síntomas pre-Parkinson y aun así no ser diagnosticable desde el punto de vista de un neurólogo. Recuerden que la enfermedad de Parkinson puede tardar años, por lo general, décadas, en desarrollarse lo suficiente como para que un médico pueda *ver* los problemas físicos. Casi todos mis pacientes que no padecían Parkinson y que estaban atascados en una pausa biológica tenían *muchos* síntomas pre-Parkinson. Por "síntoma pre-Parkinson" se entiende cualquier síntoma de la EP que todavía es demasiado leve o intermitente para llamar la atención de un neurólogo. Sin embargo, incluso si sus síntomas eran muy leves, cuando el Qi de sus canales *dejó* de fluir en los patrones de pausa, por lo general, pasaron por algunos de los síntomas de recuperación distintivos e ilógicos que son lo opuesto al Parkinson.

Los síntomas de recuperación pueden incluir sensaciones de cosquilleo en las extremidades, la cara y el cuero cabelludo; espasmos suaves e intermitentes que duran unos 20 minutos, varias veces al día, en músculos que están volviendo a aprender el movimiento automático; e incluso un estado de laxitud e inmovilidad, pero con alerta mental, entre las 7:00 a. m. y las 9:00 a. m. cada mañana (la hora del día en que las lesiones a lo largo del canal del estómago se curan) durante unos días, o más; y muchos, muchos otros síntomas. Este libro tiene once *capítulos* sobre los síntomas de recuperación. Muchas de las personas que habían estado en pausa biológica y solo tenían síntomas *pre*-Parkinson seguían experimentando muchos síntomas que son altamente específicos de la recuperación de la EP. Esto me contó la verdadera historia: *habían* estado en el camino hacia la enfermedad de Parkinson a pesar de que todavía eran capaces de dominar la mayoría de los síntomas obvios y *aún* no se les podía diagnosticar EP.

Si un paciente *no* tenía un diagnóstico oficial de enfermedad de Parkinson, *nunca* mencionaba la posibilidad de que, al desactivar la pausa o la pseudopausa, había evitado el desarrollo de Parkinson en los próximos años. Simplemente hacía Yin Tui Na en la(s) lesión(es) vieja(s) sin curar, ayudaba al paciente a transitar los pasos que desactivan la pausa biológica, o enseñaba los ejercicios mentales para desactivar la pausa autoinducida. Incluso si la persona tenía corrientes eléctricas compatibles con el modo de pausa, tenía síntomas sutiles pre-EP *o* algunos síntomas *evidentes* de Parkinson, solo trataba las lesiones o posturas mentales. Nunca mencionaba la enfermedad de Parkinson.

Si el paciente se sorprendía de cuántos otros problemas leves desaparecían al mismo tiempo que los síntomas dominantes, simplemente le sugería que muchos comportamientos

físicos y mentales *aparentemente* no relacionados podrían estar relacionados con una lesión antigua. [12]

Para mí, hubiera sido éticamente incorrecto que yo actuara como pronosticadora y les dijera a estas personas que se habían quedado atascadas en una pausa y que, al desactivarla, probablemente habían evitado desarrollar Parkinson en el futuro. Aun así, estoy bastante segura de que fue así.

En cuanto a la tasa de recuperación, este tipo de paciente en fase inicial, que aún no había sido diagnosticados, *siempre* se recuperaban muy rápidamente. Me encantaba trabajar con personas que solo tenían síntomas pre-Parkinson o que tenían síntomas avanzados de la enfermedad de Parkinson, *pero* que aún no tenían un diagnóstico y no sospechaban de uno (siempre describí mi práctica médica como centrada en "trastornos del movimiento", *no* en la enfermedad de Parkinson).

A diferencia de mis pacientes que tenían síntomas similares, pero que *habían* recibido un diagnóstico oficial, mis pacientes no diagnosticados o que tenían pre-Parkinson nunca entraron en el miedo abyecto y los bucles mentales negativos que vi en las personas que *sí* tenían un diagnóstico. A diferencia de mis pacientes con el diagnóstico aterrador de "Parkinson incurable", los *no* diagnosticados no tenían voces en las cabezas que les dijeran que no creyeran su curación porque la recuperación era imposible. No vivían temiendo una "recaída" en la enfermedad de Parkinson ni volvían a invocar la pausa autoinducida como manera de lidiar con su miedo al regreso del Parkinson.

La enfermedad de Parkinson idiopática es, en la mayoría de los casos, una enfermedad psicógena. Una vez diagnosticada, los síntomas de una persona con EP pueden ser *cada vez más* psicógenos, es decir, impulsados por la mente. Irónicamente, el "parkinsonismo psicógeno" *no* es una enfermedad psicógena. Es el uso *sano*, correcto y biológico del modo de pausa en respuesta a un trauma horrible, la pausa *sin* activación del dominio de la norepinefrina activado por orden mental. Con el tiempo, esta enfermedad

[12] En 2020, una nueva investigación mostró un vínculo entre los esguinces de tobillo y un efecto a largo plazo en la salud. En el estudio, dirigido por Phillip Gribble, profesor titular de ciencias de la rehabilitación en la Universidad de Kentucky, se descubrió que las personas con antecedentes de lesiones en el tobillo tienen tasas significativamente más altas de problemas de salud más adelante en la vida, en comparación con las personas que no tienen estos antecedentes. Los problemas incluían artritis, problemas cardíacos o respiratorios, y otras discapacidades, o limitaciones en las actividades diarias. Este estudio se presentó en la reunión anual del 2020 de la Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo (National Athletic Trainer´s Association) en Baltimore. https://uknow.uky.edu/research/research-links-ankle-injury-health-problems-later-life.

Muchos artículos de médicos e investigadores occidentales, aunque superficialmente no tienen nada que ver con la enfermedad de Parkinson, respaldan lo que vi en mis pacientes con EP.

Este artículo en particular ayuda a refutar comentarios tales como "¡*No hay manera* de que una lesión en el pie pueda tener algo que ver con el resto del cuerpo, y mucho menos curar las células cerebrales muertas!". Esa fue la postura de enojo que tomó una neuróloga local cuando una de mis pacientes recuperadas de EP trató de explicarle a ella, la neuróloga, sobre el tratamiento Yin Tui Na en el pie que yo le había administrado. Esta neuróloga descartó la recuperación, aseguró que se trataba de un "diagnóstico erróneo" y luego se dispuso a demandarme por ejercer la medicina sin autorización. Retiró los cargos cuando se enteró de que en California, los acupuntores con licencia están, de hecho, autorizados para diagnosticar, recetar y tratar dentro del ámbito de la práctica de la medicina china, es decir, tienen licencia para ejercer la medicina.

desaparece por sí sola cuando la persona decide que está lo suficientemente segura como para “volver a la vida”, como se *supone* que debe hacer la pausa.

En el futuro, si los médicos de cada facultad aprenden a reconocer los comportamientos eléctricos del modo de pausa y pueden brindar información a sus pacientes en esta situación sobre cómo *desactivar* esos comportamientos eléctricos, entonces muchos o incluso la mayoría de los casos de la enfermedad de Parkinson podrían *prevenirse*. Idealmente, las personas con síntomas pre-EP podrían algún día ser capaces de evitar por completo el desarrollo de los síntomas más evidentes de la enfermedad de Parkinson si las lesiones o actitudes que desencadenaron su disociación y/o pausa se tratan de manera oportuna.

Ahora, que ya he dado respuestas muy breves y muy generalizadas a la pregunta frecuente “¿cuánto tiempo tardaré en recuperarme?” y he prometido volver a la pregunta más adelante con más detalles, es momento de considerar la segunda pregunta frecuente: ¿qué pasa con todas esas células muertas productoras de dopamina en el cerebro?

Me alegro de que lo hayan preguntado.

Capítulo tres

Conjeturas de la medicina moderna (occidental)

La "medicina moderna", a veces conocida como "medicina científica tradicional" o "medicina occidental", se refiere a la medicina que usa medicamentos o cirugía para tratar o suprimir un problema de salud.

La teoría de las células dopaminérgicas muertas

Investigadores en el campo de la enfermedad de Parkinson han refutado repetidamente la hipótesis de que la enfermedad de Parkinson idiopática es causada por la muerte de las células cerebrales productoras de dopamina. Esa noción equivocada, que data de finales de los años sesenta y coincide con las primeras investigaciones sobre la L-dopa (dopamina sintética), se desarrolló aún más en 1982 con base en los síntomas en un pequeño grupo de consumidores de drogas ilegales, un grupo etiquetado como "los adictos congelados". Todos ellos desarrollaron algunos síntomas de parkinson*ismo de la noche a la mañana* debido a un presunto daño cerebral por un exceso de un tipo de heroína sintética durante el fin de semana. [13]

En realidad, sus síntomas *no* coincidían con los de la enfermedad de Parkinson idiopática. Por ejemplo, habían perdido de repente su capacidad para hablar. *Y*, a pesar de los calambres en las manos, uno de ellos fue capaz de escribirle al médico del hospital que habían estado consumiendo heroína sintética. Por el contrario, las personas con EP pueden formar palabras aunque su voz adquiera un volumen muy bajo, y los problemas con la motricidad fina de los dedos se deben a la debilidad muscular y a la falta de respuesta, *no* a la tensión, en especial en el dedo índice.

En el caso de estos consumidores de drogas, su gran inmovilidad motora causada por el daño cerebral repentino respondió favorablemente a un nivel excesivo de L-dopa (el equivalente farmacológico de la dopamina) de una manera *similar* a la respuesta a la L-dopa de las personas inmovilizadas por el Parkinson. Un pequeño equipo de médicos concluyó alegremente que el Parkinson también debía estar causado por algún factor desconocido que, como la heroína sintética, destruía las células cerebrales productoras de dopamina. *Nunca* hubo pruebas contundentes de esta hipótesis adoptada rápidamente.

En ese momento, se suponía que la dopamina era un neurotransmisor que *relajaba* los músculos. Con el fin de dar sentido a las observaciones de que las personas con Parkinson podían moverse con facilidad después de recibir grandes dosis de L-dopa, los investigadores supusieron, erróneamente, que el estado normal y pasivo de los músculos debía ser la rigidez: la dopamina era necesaria para relajar los músculos y así permitir el movimiento. Por lo tanto, también se supuso erróneamente que la dopamina inducía el sueño al crear un estado de mayor relajación.

[13] *The Case of the Frozen Addicts* (El caso de los adictos congelados); Dr. Langston; Pantheon Books; 1995.

Dos “hechos” erróneos inventados en ese momento fueron que la cantidad de dopamina en el cerebro era 1) más baja durante el día y 2) más alta durante el sueño. [14]

[14] Esta es una larga nota al pie, pero espero que me perdonen porque es importante para explicar lo difícil que es cambiar una hipótesis errónea con amplia aceptación y presuntamente “científica”.

En el primer artículo que presenté para su publicación, mencioné que la cantidad de dopamina en el humano era *más alta* durante los momentos de vigilia y *más baja* durante el sueño. Esto se basó en mis nuevos conocimientos (a finales de los noventa) sobre el papel que desempeña la dopamina en respuesta a ciertas drogas estimulantes, como la cocaína y la metanfetamina, aunque no coincidían con lo que había aprendido sobre la dopamina dos décadas antes, en mi época de estudiante. La editora se atragantó con mi descarada contradicción de los “hechos” sobre la dopamina que se conocían desde hacía tiempo. Me dijo que tendría que mostrarle al menos un artículo de investigación que demostrara que la cantidad de dopamina es más alta durante el día que durante la noche para poder contemplar la publicación de mi artículo.

De los 100 artículos que encontré en mi búsqueda en la biblioteca médica de la Universidad de Stanford, había 98 en los que los sujetos tenían una cantidad más *alta* de dopamina durante el día que durante la noche. En cada uno de estos estudios, el tema principal de la investigación no era la dopamina o la enfermedad de Parkinson, sino alguna otra enfermedad. La cantidad de dopamina en *sangre* (no en el cerebro) durante la noche y el día simplemente se había medido como parte del análisis de sangre general. En todos los casos, los investigadores se habían sorprendido de que, *contrariamente* al patrón que se suponía que era normal, todos los sujetos humanos tenían cantidades más altas de dopamina en sangre durante el día y más bajas durante la noche. En cada artículo, el investigador concluía que las cantidades inversas de dopamina, imprevistas y *obviamente* patológicas, podrían estar contribuyendo a la enfermedad que se estaba investigando. Las diversas enfermedades que se estudiaban incluían el SPM, la narcolepsia, la epilepsia, los cambios de humor, los calambres musculares, el retraso mental… la lista era interminable. En todos los casos, el investigador de cada artículo había sugerido que tal vez la causa de la enfermedad en cuestión eran las cantidad elevadas y supuestamente “patológicas” de dopamina durante el día y las cantidades disminuidas durante la noche.

Dado que era un “hecho reconocido” que la dopamina es un relajante (ahora se ha reconocido que esto es incorrecto) y, por lo tanto, está presente en mayores cantidades por la noche (según el desequilibrio entre el exceso de acetilcolina/la insuficiencia de dopamina = teoría de exceso de rigidez en la enfermedad de Parkinson, que ahora también se ha reconocido que es incorrecto), cada uno de estos estudios concluyó que la causa de la enfermedad en cuestión podría ser esta inversión del patrón de dopamina que se considera correcto.

En otras palabras, si los pacientes estaban en el estudio sobre el dolor de cabeza, el informe proponía que esta inversión presumiblemente anormal de las cantidades correctas de dopamina era la causa de los dolores de cabeza. Noventa y ocho de los 100 estudios seguían este patrón. No importaba lo que los investigadores estuvieran analizando. La conclusión en *todos los casos* era que la enfermedad en cuestión podría estar relacionada con la situación anormal e invertida de que las cantidades de dopamina en sangre fueran más altas durante el día y más bajas durante la noche. Parecía que nadie había notado que *todos* tenemos cantidades más altas de dopamina mientras estamos despiertos y más bajas mientras dormimos.

Pero, para ser justos, hubo dos estudios que obtuvieron el resultado opuesto. En estos dos estudios, no se midieron las cantidades de dopamina en *sangre*, sino las cantidades reales de dopamina en el cerebro. Esto se hizo cortando las cabezas de los sujetos, arrojándolas en una licuadora y analizando rápidamente los resultados. Esto proporcionó la lectura más precisa posible de las cantidades de dopamina en el cerebro.

Los "hechos científicos" erróneos sobre la dopamina de los años sesenta seguían vigentes en los años noventa, cuando comencé mi investigación sobre el Parkinson. En el año 2020, en el que estoy escribiendo este libro, ahora sabemos que, en el mesencéfalo, en modo parasimpático, la dopamina es el neurotransmisor de la *conciencia*, de las expectativas de alegría y de la activación motora *automática*. No del sueño. No de la relajación de los músculos rígidos. Además, la insuficiencia de dopamina causa *laxitud* en los músculos, no rigidez. El modo de *pausa* provoca rigidez. La insuficiencia de dopamina *no*. Durante el modo de sueño y el modo de pausa, se *supone* que la liberación de dopamina en el mesencéfalo para la función motora se *inhibe* en gran medida.

Sin embargo, basándose en la idea *errónea* de que la dopamina hace que las personas duerman o se relajen, y el hecho de que las personas que estaban rígidas por el Parkinson *podían* moverse libremente con movimientos automáticos cuando tomaban niveles de L-dopa que les destrozaban la mente, al igual que los consumidores de heroína sintética con daños cerebrales que se mencionaron antes, los investigadores de principios de los años ochenta afirmaron tener pruebas, por más indirectas que sean, de su hipótesis de que la muerte de las células dopaminérgicas cerebrales causa la enfermedad de Parkinson.

Desde principios de los años ochenta, las respuestas inexplicables de los pacientes a la L-dopa y las hipótesis sobre las células cerebrales muertas han servido de base para casi *toda* la investigación de medicamentos contra el Parkinson. Los tratamientos con L-dopa, tratamientos basados en la hipótesis de las células cerebrales muertas, en realidad *no* alivian *todos* los síntomas de la enfermedad de Parkinson. La hipótesis de la insuficiencia de dopamina *nunca* explicó el temblor. Los drogadictos "congelados" señalados como "prueba", en realidad, *no* padecían enfermedad de Parkinson idiopática. De hecho, murieron poco después de que comenzaron a usar la L-dopa, de una manera similar a las muertes de los pacientes que tomaban L-dopa en el libro de Oliver Sacks *Awakenings* (Despertares). La L-dopa en dosis altas es mucho más peligrosa, incluso puede ser rápidamente mortal, para una persona que *no* padece enfermedad de Parkinson idiopática. [15]

Según estos dos estudios, las cantidades de dopamina eran más altas durante la noche, lo que confirma que es un relajante nocturno. Solo había un detalle que evidentemente había pasado desapercibido ante todos: los sujetos de estos dos experimentos eran ratas. Las ratas son nocturnas, es decir, son más activas durante la tarde y la noche, y tienden a dormir durante el día.

Provista de estos resúmenes de investigación, resúmenes que sugerían que el 100 % del tiempo las cantidades de dopamina en seres humanos y ratas son más altas durante la vigilia y la actividad y más bajas durante el sueño, mi editora accedió a publicar mi artículo. También dijo sobre mi investigación de la EP: "van a tener que matarte".

Esto fue en 1997. Sigo viva. Y, con suerte, esta nota ilustra lo difícil que es desafiar los hechos establecidos, incluso cuando los "hechos conocidos" no están demostrados y *cada* estudio produce datos que se *oponen* a esos llamados "hechos".

La mayoría de los "hechos" actuales de la medicina occidental sobre la enfermedad de Parkinson idiopática nunca fueron más que conjeturas, hipótesis de los años sesenta y setenta, cuando se sabía *muy* poco sobre la química del cerebro y los comportamientos de las células cerebrales, y mucho de lo que *creíamos* saber era erróneo.

[15] Por favor, lean *Awakenings*; Oliver Sacks; Duckworth & Co; Londres; 1973.

El libro *Awakenings* describe las patologías y muertes casi increíblemente monstruosas derivadas del uso prolongado de L-dopa en personas que *no* padecían enfermedad de Parkinson.

A pesar de que la hipótesis no tenía mucho sentido, la idea de células dopaminérgicas muertas prosperó, junto con el desarrollo de lo que se ha convertido en un negocio multimillonario de fármacos antiparkinsonianos. Todos los medicamentos antiparkinsonianos actuales se basan en la idea de las células dopaminérgicas muertas.

A mediados de los noventa, los investigadores que estudiaban la dopamina fuera del contexto del Parkinson descubrieron que la dopamina era el neurotransmisor de la adicción, la conciencia y el "centro de recompensa" (área de bienestar) del cerebro. Por aquel entonces, mucha gente estaba empezando a cuestionar seriamente la teoría de las células dopaminérgicas muertas e incluso la seguridad a largo plazo de los medicamentos antiparkinsonianos. Los investigadores apenas estaban empezando a establecer la conexión entre los medicamentos dopaminérgicos y la aparición de *nuevos* "síntomas de la EP", síntomas de hiperactividad mental, como alucinaciones, discinesias y problemas de bipolaridad. Estos tipos de síntomas inducidos por medicamentos *nunca* se habían presentado en pacientes con EP antes de la introducción de medicamentos con L-dopa. Y, sin embargo, desde finales de los años noventa, estos problemas relacionados con los *medicamentos* se han incluido en las listas de "síntomas de la enfermedad de Parkinson".

Aun así, a pesar de que las hipótesis sobre el Parkinson en relación con las células dopaminérgicas muertas han sido refutadas en repetidas ocasiones, *y* a pesar de que ahora sabemos que la enfermedad de Parkinson idiopática es *muy* diferente del parkinsonismo inducido por medicamentos o toxinas *y* que los medicamentos dopaminérgicos causan daño cerebral y adicción, la hipótesis de las células dopaminérgicas muertas sigue siendo el núcleo de los continuos esfuerzos de la industria farmacéutica por desarrollar tratamientos con dopamina nuevos y "mejorados", no curas, para las personas con Parkinson.

Mientras tanto, los médicos *investigadores* en el campo del Parkinson, a menudo muy alejados de la interacción con pacientes reales, han sabido durante años que el modelo de las células dopaminérgicas muertas no es viable.[16]

Los resultados que el Dr. Sacks observó en sus primeros experimentos con L-dopa a finales de los años sesenta en personas con síntomas crónicos de "enfermedad del sueño" causada por encefalitis letárgica fueron, al principio, tan prometedores, luego, se volvieron tan imposible y sobrehumanamente violentos, y, por último, fatales, que muchos médicos declararon que sus observaciones eran fraudulentas. Cuando presentó filmaciones de estos pacientes en una conferencia, las emociones se dispararon. El crítico más severo se levantó y salió de la sala. Muchos médicos simplemente no podían aceptar que un medicamento con una vida media de 6 horas pudiera tener efectos tan paradójicos, inconsistentes y, a veces, mortales a largo plazo. En el estudio de Sacks, "a largo plazo" se refiere a semanas, no años.

Si leen *Awakenings*, asegúrense de leer también la introducción. En ella se describen las reacciones hostiles, incluso violentas, que tuvieron los médicos ante los alarmantes hallazgos del Dr. Sacks sobre la L-dopa, el nuevo "medicamento milagroso".

[16] Los artículos citados a continuación son solo dos que tomé al azar de mi gran colección de artículos de investigación que refutan la teoría de las células dopaminérgicas muertas.

1) "*Unexpected Findings in Parkinson´s Research Show Cells May Not Be Dead*" (Los hallazgos inesperados en la investigación del Parkinson muestran que las células pueden no estar muertas); *Biospace*; Mark Terry; 12 de noviembre de 2019 (Artículo de revisión basado en "*Loss of SATB1 Induces p21-Dependent Cellual Senescence in Post-mitotic Dopaminergic Neurons*" (La pérdida de SATB1 induce la senescencia celular dependiente de p21 en neuronas dopaminérgicas

En retrospectiva, la hipótesis de las células dopaminérgicas muertas fue una serie vergonzosa de conjeturas descabelladas que se utilizaron más que nada para explicar por qué la L-dopa, en cantidades excesivas, fue capaz de anular temporalmente *algunas*, aunque *no* todas, de las inhibiciones neurológicas del Parkinson. Muchos médicos de la época vieron que estas hipótesis sobre el Parkinson eran poco sólidas. Además, esta nueva idea no explica *muchos* de los síntomas característicos de la enfermedad de Parkinson, como la debilidad de algunos músculos y la rigidez de otros. Tampoco explicaba en absoluto el temblor. Sin embargo, la industria de medicamentos antiparkinsonianos sigue siendo una fuerte partidaria de esta hipótesis.

En 1998, uno de mis pacientes con EP, un neurólogo con experiencia de una de las mejores facultades de medicina vinculadas a una universidad me confió: "En realidad, no sabemos nada sobre la enfermedad de Parkinson. Solo estamos inventando cosas. Tus ideas tienen más sentido". También me dijo que probablemente perdería su puesto en la junta de neurología de la facultad si sus colegas se enteraban de que estaba viendo a un acupuntor.

Muchos, si no la mayoría de los médicos *clínicos*, médicos generales y neurólogos que trabajan con pacientes y recetan medicamentos, a menudo *no* tienen idea de que la teoría de las células dopaminérgicas muertas se considera pasada de moda en el ámbito de la *investigación*. Transmiten alegremente a sus pacientes la información errónea que les enseñaron en la facultad de medicina. Tienen buenas intenciones y, además, no tienen nada más que ofrecer. Cuentan con el apoyo de las empresas que fabrican los diversos medicamentos antiparkinsonianos y de las empresas que fabrican implantes de estimulación cerebral profunda.

Por cierto, estos implantes *no* elevan la cantidad de dopamina en las partes del cerebro que se encargan del movimiento automático. Este es un hecho bien conocido. Crean una sensación de emergencia en el cerebro a través del aumento del nivel de norepinefrina. Investigaciones recientes sugieren que los implantes *causan* un aumento de la liberación de

---

postmitóticas); *Cell Stem Cell*; 25, 514-530, Riesslan at al, 3 de octubre de 2019, Elsevier Inc.). Este artículo analiza una investigación que demuestra que las células dopaminérgicas no están muertas sino que se han "apagado sin morir", contrario a lo que durante mucho tiempo se suponía.

2) "*Myth about Parkinson´s Disease debunked*" (Mito sobre la enfermedad de Parkinson desmentido); *ScienceDaily*, 16-9-2014, www.sciencedaily.com/release/2014/09/140916084909.htm, basado en "*Three mechanisms by which Striatal Denervation causes Breakdown of Dopamine Signaling*" (Tres mecanismos por los cuales la denervación del cuerpo estriado causa la descomposición de la señalización de dopamina); J.K. Dreyer; *Journal of Neuroscience*; 2014; 34 (37): 12444 doi: 10,1523/JNEUROSCI; 1458-14,201.

Este artículo, como otros, señala que, en el momento del diagnóstico, las personas con Parkinson tienen una cantidad de dopamina más que suficiente en el cerebro. El punto de este artículo es que, por alguna razón inexplicable, la dopamina está presente en el cerebro, pero no se utiliza para proporcionar la función motora en personas con Parkinson.

Esto no es realmente inexplicable. Se *supone* que la liberación de dopamina para la función motora se inhibe cuando una persona está durmiendo o en pausa. Tras décadas de *no* usar las neuronas del cuerpo estriado debido al modo de pausa, el cerebro, siempre eficiente y ahorrativo, comienza a modificar algunas de estas neuronas que no se utilizan. En función de la reanudación de la función motora normal que he visto en pacientes recuperados, parece como si el cerebro restaurara estas neuronas cuando se desactiva la pausa y la función motora impulsada por la dopamina del modo parasimpático volviera a ser necesaria.

dopamina… en aquellas partes del cerebro que usan dopamina para la evaluación de riesgos y otros comportamientos cerebrales impulsados por el peligro y por la pausa, pero *no* en el área de movimiento automático.

Principalmente, la estimulación eléctrica de los implantes crea la suficiente sensación de emergencia como para que lo que yo llamo el dominio de la norepinefrina sea capaz de ocultar de nuevo los síntomas de la pausa. Sin embargo, el cerebro pronto se acostumbra a las descargas eléctricas del implante en el cerebro. Es por eso que las señales de un implante deben modificarse con regularidad o programarse de forma variable para que el cerebro no se acostumbre a la estimulación y deje de tratarla como una emergencia.

Dopamina más que suficiente

Las investigaciones muestran que las personas a las que se les ha diagnosticado Parkinson recientemente no solo tienen más que suficiente dopamina en sus cerebros, sino que sabemos, desde 2001, que las áreas de evaluación de riesgos en los cerebros de las personas con Parkinson tienen cantidades *más altas* de dopamina que las personas que no lo padecen.

El problema en el Parkinson *no* es la ausencia de dopamina. El problema es la *inhibición* crónica de la liberación cerebral de dopamina para la función *motora* y para algunos tipos de procesamiento mental, como la visualización de imágenes positivas, así como la *inhibición* de la liberación de adrenalina de las glándulas suprarrenales… las mismas inhibiciones que salvan vidas y que ocurren, correctamente, durante un shock cercano a la muerte y el coma, es decir, durante el modo de pausa.

"Posibles curas" occidentales para la enfermedad de Parkinson

Cada año más o menos, aparece en los medios de comunicación un comunicado de prensa en el que se informa que los investigadores han encontrado posiblemente una cura para la enfermedad de Parkinson. Estos investigadores siempre utilizan "modelos animales". Los animales no contraen la enfermedad de Parkinson. Simplemente no tienen la capacidad de corromper su propia conciencia para disociarse de una lesión a largo plazo u ordenarse a sí mismos fingir constantemente que están entumecidos ante el mundo.

Con el fin de crear un modelo animal con Parkinson, los investigadores administran a un animal una sustancia química tóxica que daña o inhibe ciertas neuronas (células nerviosas del cerebro) asociadas al movimiento. Esto *no* causa enfermedad de Parkinson en el animal. Lo que *sí* provoca es movilidad deficiente o incluso parálisis. Los investigadores insisten en que la inmovilidad inducida por toxinas *se parece* lo suficiente al Parkinson como para que sea una comparación válida, un "modelo de Parkinson".

Luego, los investigadores trabajan para desarrollar una sustancia química que proteja a las neuronas afectadas por esa toxina específica. Cuando encuentran una sustancia química que sirve como protección contra esa toxina específica, publican un informe en el que afirman que han encontrado una posible cura para la enfermedad de Parkinson. Estos comunicados de prensa pueden coordinarse con una solicitud de donaciones a una "organización sin fines de lucro" de investigación o con una solicitud de una subvención de investigación o renovación de una subvención. Estos comunicados de prensa pueden considerarse tácticas de relaciones públicas en lugar de avances reales en la investigación en el campo de la enfermedad de Parkinson.

En 2020, me enteré de una nueva investigación que demuestra que los receptores de dopamina en los roedores funcionan de manera muy diferente a los de los seres humanos. Esta investigación invalida aún más la idea de paralizar un ratón con veneno para crear un "modelo animal" aceptable de la enfermedad de Parkinson. Si leen algún informe que afirme haber encontrado una posible cura para la enfermedad de Parkinson basada en un "modelo animal", pueden desecharlo. [17]

Parkinson con "cuerpos de Lewy"

Cuando las células cerebrales sufren cambios, los residuos y los productos de desecho resultantes deben guardarse de forma segura. En el resto del cuerpo, los residuos constantes de los procesos metabólicos o el cambio celular se eliminan del sistema a través del hígado y los riñones. Cuando estos residuos inevitables del cambio celular ocurren en las *células cerebrales*, no hay tantas maneras de eliminarlos. En cambio, las células cerebrales crean pequeños "botes de basura", conocidos como cuerpos de Lewy, para contener estos trozos de desechos, típicamente proteínas como la alfa-sinucleína. Cuando un cerebro sufre más cambios que el promedio, uno encontrará más cuerpos de Lewy que el promedio.

En una de las tradiciones más encantadoras de la ciencia, que se remonta a miles de años, nuestras conjeturas a menudo invierten causa y efecto. Por ejemplo, durante años, los científicos supusieron que las jirafas tienen cuellos largos porque prefieren las hojas de las copas de los árboles. Este tipo de pensamiento, en el que un fenómeno se explica por el propósito al que sirve y no por su causa subyacente, se llama teleología. Ahora sabemos que las jirafas *pueden* comer las hojas de la copa de los árboles *porque* sus genes hacen que tengan cuellos largos.

En los casos de las llamadas "demencia con cuerpos de Lewy" y "Parkinson con cuerpos de Lewy", los investigadores han observado que hay más cuerpos de Lewy en las células cerebrales de las personas que padecen estos síndromes. Algunos investigadores han llegado a la conclusión teleológica de que un gran número de cuerpos de Lewy *causan* la demencia o el Parkinson.

Sin embargo, basándonos en todo lo que sabemos sobre cuerpos de Lewy, es mucho más probable que *no* sean la *causa* de los cambios cerebrales. Sirven como evidencia de que se han producido cambios celulares. No nos dicen *por qué* se produjeron estos cambios.

El ángulo genético

Solo un punto más para cerrar este capítulo acerca de las hipótesis occidentales sobre el Parkinson. Los investigadores occidentales han observado que el Parkinson parece

[17] *"Subtle Differences in Brain Cells Hint at Why Many Drugs Help Mice But Not People"* (Diferencias sutiles en las células cerebrales indican por qué muchos medicamentos ayudan a los ratones pero no a las personas); Lein, Koch (presidente del Allern Institute for Brain Science en Seattle); de la reseña *"All Things considered"* (En conclusión) de un artículo en *Nature*, 21 de agosto de 2019. Los investigadores descubrieron que los genes y las proteínas responsables de las respuestas cerebrales a los neurotransmisores son lo suficientemente diferentes en roedores y seres humanos como para que la investigación sobre neurotransmisores en roedores no se extrapole a la forma en que se comportan esos neurotransmisores en seres humanos.

https://www.npr.org/sections/health-shots/2019/08/21/753121107/subtle-differences-in-brain-cells-hint-at-why-many-drugs-help-mice-but-not-peopl

ser hereditario. Esto ha llevado a la búsqueda de una causa genética para la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, fuera de los genes de la familia Contoursi que causan un síndrome similar al Parkinson que presenta irregularidades en la producción de alfa-sinucleína (una proteína neuronal), irregularidades que *no* se encuentran en la *mayoría* de las personas con Parkinson, los investigadores no han encontrado ninguna evidencia genética.

En cambio, si miramos de cerca, vemos que el Parkinson se da, no específicamente en familias, sino en grupos sociales. Los grupos sociales *o* las familias que enfatizan la supresión del dolor o de las emociones negativas tienen más probabilidades de ver un mayor número de personas con enfermedad de Parkinson.

En los Estados Unidos, el grupo demográfico con más Parkinson per cápita son los menonitas, algunos de los cuales también son conocidos como los amish. Los requisitos sociales de su religión incluyen no mostrar *nunca* ira, resentimiento u otras emociones llamadas "poco cristianas". Un ejemplo famoso es que si alguien mata a tu hija, debes invitarlo amorosamente a cenar y perdonarlo porque eso es lo que Jesús habría hecho. Como pueden imaginar, la *poderosa* supresión de las emociones es desenfrenada en esta cultura, en aquellas personas que son mentalmente *capaces* de ello.

Si *existe* un vínculo genético con el Parkinson, y es muy posible que lo haya, estará relacionado con el alto nivel de inteligencia basada en la palabra y la concentración que una persona necesita para activar la pausa autoinducida. Una mente dispersa no puede hacerlo. Es casi *imposible* encontrar a una persona tonta, poco concentrada o poco elocuente con Parkinson tipo I, a menos que haya tomado medicamentos antiparkinsonianos o que tenga algún otro tipo de trauma cerebral después de haberse puesto en pausa.

Los componentes de lo que se conoce como personalidad parkinsoniana incluyen una tremenda intensidad de propósito y fuerza de voluntad y un alto nivel de inteligencia analítica basada en la palabra. *Estos* atributos pueden tener un componente genético. Aun así, no es *necesario* utilizar una alta capacidad de concentración mental e inteligencia basada en la palabra respaldada genéticamente para inducir la pausa. La genética puede proporcionar el conjunto de habilidades utilizadas para inducir el modo de pausa en uno mismo, pero la genética *no* requiere que esas habilidades se utilicen de esta manera. Un comportamiento comunitario represivo o una dinámica familiar fría y/o peligrosa *sí*.

No todas las personas con EP tienen la personalidad parkinsoniana. Sin embargo, casi todos mis pacientes con EP tipo I la *tenían* en algún grado.

El estudio de gemelos idénticos

A finales de los años noventa, recibí un correo electrónico de un investigador de una universidad de la costa este que formaba parte del equipo que estaba llevando a cabo el estudio de gemelos idénticos más grande de la historia, en aquella época. El estudio fue diseñado para ver si había un componente genético en la enfermedad de Parkinson.

En aquel entonces, antes de que dispusiéramos de análisis de ADN y antes de que se descubriera la epigenética (variabilidad de la expresión del ADN en función de eventos mentales y ambientales), los estudios de gemelos idénticos se consideraban el método de referencia para demostrar la base genética de una enfermedad.

La premisa era la siguiente: si el síndrome está siempre presente o siempre ausente en *ambos* gemelos idénticos, el síndrome es genético. Si el origen del síndrome *no* es genético, si un gemelo tiene el síndrome, las probabilidades de que el otro gemelo lo tenga deberían ser aproximadamente las mismas que el promedio nacional para ese síndrome.

Un investigador se puso en contacto conmigo. Tenía un problema de números. La investigación mostraba que si *uno* de los gemelos idénticos tenía Parkinson, el *otro* gemelo tenía *muchas* menos probabilidades de tenerlo que el promedio nacional. Esto no tenía *ningún* sentido para él. Aunque el Parkinson *no fuera* genético, el otro gemelo debería tener la misma probabilidad de tenerlo que el promedio nacional.

Le expliqué que el Parkinson tiene un componente sociológico. En los casos de gemelos idénticos, incluso en familias o culturas que promueven la represión severa de las emociones y desalientan los mimos y/o usan niveles aterradores de castigo y abuso físico y emocional en los niños, el gemelo idéntico *subordinado* podría tener algo que la *mayoría* de las personas nunca tienen: una conexión física y emocional profunda de por vida con un defensor, protector o consolador al alcance de la mano, el gemelo dominante. En esta relación tan especial entre gemelos idénticos, el gemelo dominante podría actuar como un confidente secreto, un apoyo emocional para el gemelo subordinado.

El gemelo *dominante* podría ordenarse a sí mismo no sentir ni mostrar dolor, y luego desarrollar enfermedad de Parkinson. Pero el gemelo *subordinado* siempre podrá apoyarse en secreto y encontrar *seguridad* en el amor y la fuerza del gemelo dominante. Debido a este nivel excepcional de apoyo emocional durante toda la vida, un gemelo subordinado *tendría* muchas menos probabilidades que el promedio nacional de ordenarse a sí mismo con fuerza ser estoico y/o aislarse de la humanidad, y luego desarrollar Parkinson, incluso si ambos gemelos viven en un entorno social que fomenta la represión emocional.

El investigador y yo intercambiamos varios correos electrónicos. Comprendió a la perfección cómo mi hipótesis podría explicar sus hallazgos. Sin embargo, su último correo decía algo así como: “Gracias, pero después de todo no puedo utilizar su información. Mi subvención *me exige* que demuestre que el Parkinson *es* genético”. (Yo agregué la cursiva).

Ahora dejemos atrás los engañosos “modelos animales”, las hipótesis occidentales refutadas sobre las células dopaminérgicas muertas y los cuerpos de Lewy, y las teorías genéticas fallidas. El siguiente capítulo proporcionará información sobre la fisiología básica del cerebro. Después, podemos volver a los detalles sobre lo que realmente causa la enfermedad de Parkinson idiopática y lo que se necesita para desactivarla.

Capítulo cuatro

Un vistazo hacia el interior del cerebro

Bastantes personas me han pedido que explique sobre las sustancias químicas y las estructuras del cerebro que entran en juego en el Parkinson. Este parece ser el lugar correcto para esto.

En este capítulo, se ofrece una rápida descripción general de un neurotransmisor más tres áreas cerebrales: la dopamina y la sustancia negra, el cuerpo estriado y el tálamo. Después, se presenta un análisis de cómo la "estática" eléctrica en el tálamo contribuye al temblor y otra información relacionada con el Parkinson sobre estas partes del cerebro.

Dopamina

Las células nerviosas situadas en el cerebro se denominan neuronas. Las sustancias químicas que activan los nervios y las neuronas se llaman "neurotransmisores". La dopamina se produce en el cuerpo y en varias áreas del cerebro. En el cerebro, la dopamina se comporta como un neurotransmisor, ya que activa las neuronas. La dopamina producida fuera del cerebro, donde se comporta más como una hormona, afecta a los vasos sanguíneos y al comportamiento de varios órganos.

La dopamina en sangre y la dopamina cerebral se mantienen, en su mayor parte, separadas por la barrera hematoencefálica. Sin embargo, una cantidad extremadamente alta de dopamina en sangre hace que una pequeña cantidad pase al cerebro (la mayoría de los preparados farmacéuticos que usan L-dopa para el tratamiento del Parkinson la combinan con carbidopa). La carbidopa, cuando se agrega a la L-dopa, permite que la L-dopa presente en el torrente sanguíneo atraviese fácilmente la barrera hematoencefálica y llegue al cerebro.

La sustancia negra

La sustancia negra está formada por dos áreas muy pequeñas situadas justo por encima del tronco encefálico, en la parte inferior del cerebro propiamente dicho, a los lados izquierdo y derecho del mesencéfalo. Por "mesencéfalo" se entienden los tejidos ubicados en la línea central del cerebro que va de adelante hacia atrás o cerca de ella. Las estructuras del mesencéfalo se ubican a lo largo de una línea imaginaria que va de adelante hacia atrás del cerebro, a diferencia de aquellas estructuras cerebrales que se encuentran en grandes lóbulos en los *costados* izquierdo y derecho del cerebro. Si se observan las dos áreas de la sustancia negra desde la parte inferior del cerebro, parecen dos cejas ralas que son de color más oscuro que las células cerebrales circundantes. Gracias a este color más oscuro recibe el nombre sustancia negra, que traducido vagamente significa "material negro".

Las neuronas de la sustancia negra tienen largos zarcillos que envían mensajes desencadenados por la dopamina a las neuronas a los lados del cerebro que mueven los músculos. Estas neuronas se encargan de los movimientos automáticos (impulsados por órdenes mentales).

En las autopsias de personas con Parkinson avanzado, el área de la sustancia negra es menos negra de lo que debería ser. Se reduce el número de células negras especializadas en esta área.

Una de las primeras teorías de los años sesenta afirmaba que las células oscuras en la sustancia negra debían haber *muerto*. Esa era la única opción, basada en la teoría médica occidental de esa época. Por aquel entonces, se nos enseñaba que las células cerebrales nunca podían cambiar o volver a crecer. Se pensaba que el cerebro era estático, un cuadro eléctrico inerte de conectores invariables.

Ahora sabemos que eso está completamente falso. Las células cerebrales cambian constantemente sus conexiones y comportamientos. En las áreas del cerebro que se estimulan por primera vez o que reciben una mayor estimulación, hay un aumento del número y el nivel de actividad de las neuronas. Las neuronas se reasignan, o disminuyen su número y nivel de actividad en las áreas que *no* se están utilizando o que se encuentran *inhibidas* durante un largo período de tiempo.

Las diapositivas fotográficas que vi en los años noventa, diapositivas de la sustancia negra de autopsias de personas con Parkinson, mostraban que algunas de las células oscuras habían sido reemplazadas por células cerebrales de color normal. Esto me sugirió, incluso en aquel momento, que estas células que ya no se utilizaban para producir y almacenar dopamina no habían *muerto*. Se habían convertido (se habían vuelto a indiferenciar) de nuevo en un tipo más básico de célula.

Esto no es más que un buen uso, ahorrativo y eficiente, de los materiales por parte del cerebro. Si un área no se utiliza, el cerebro puede permitir la reasignación de las tareas especializadas de las células de esa área, por lo que vuelven a ser un tipo de células más básicas, menos especializadas y de menor mantenimiento… hasta que se necesiten de nuevo. [18]

Así que incluso en personas con Parkinson *no medicado*, ¿hay eventualmente menos células negras productoras de dopamina en el área de la sustancia negra? Probablemente sí. ¿Están muertas las células? Casi seguro que no. ¿Pueden reanudar su función como "células negras" si se las necesita de nuevo? En función de la duración cada vez mayor y el restablecimiento completo de los movimientos automáticos basados en la dopamina de los pacientes recuperados, parece que sí.

Como comentario al margen, nadie, y quiero decir nadie, ha hecho nunca un estudio de autopsias de esta área en el que se compare a las personas con Parkinson que nunca tomaron medicamentos antiparkinsonianos y aquellas que lo hicieron, con cerebros de personas que tenían síntomas de Parkinson de la misma *gravedad*. Así que no tenemos forma de saber *cuánto* de la reducción del color negro podría deberse al uso de medicamentos.

Aun así, basándome en los síntomas de recuperación, y a pesar de las recientes investigaciones que muestran que las personas *recién* diagnosticadas con EP tienen una

[18] "En la enfermedad de Parkinson (EP)… aunque la dopamina se agota, las células del cuerpo estriado se *conservan*. Esto es diferente a los trastornos *similares* a la EP [parkinsonismo inducido por medicamentos y toxinas] en los que, en el cuerpo estriado, el contenido de dopamina disminuye y las células se pierden". [Yo agregué las cursivas]. Esta cita es de "*Curing Parkinson's Disease in Our Lifetime: part 3*" (Curación de la enfermedad de Parkinson en nuestros tiempos: parte 3); Dr. Abraham Lieberman; *Parkinson's Report* (Informe del Parkinson); otoño de 2000, Vol. XI, Número 3, Parkinson's Foundation, Inc.

Fíjense la fecha anterior. La investigación anterior tiene ya más de 20 años, pero algunos neurólogos *siguen* presentando la teoría de la muerte celular a los pacientes con EP.

cantidad suficiente de dopamina, planteo la hipótesis de que las personas con Parkinson eventualmente *desarrollan* una insuficiencia de dopamina en *ciertas* áreas del cerebro; por ejemplo, desarrollan una disminución en la dopamina disponible para el movimiento automático, la imaginación y la visualización positivas, y la regulación de la temperatura. No obstante, *no* hay una deficiencia de dopamina en otras áreas, por ejemplo, las que regulan las funciones cerebrales basadas en el miedo (costados del cerebro), como la evaluación de riesgos.

(Asocio la dopamina de esta parte del cerebro con la *regulación de la temperatura* porque, en una persona que se está recuperando de EP avanzada, en un período repentino de *mucho* calor o *mucho* frío, el suministro de dopamina, que aumenta lentamente, se agota un poco más rápido de lo habitual. En realidad, el "agotamiento" temporal es útil, ya que sirve como un estímulo para acelerar la producción de dopamina. Se proporciona más información sobre este tema en los capítulos sobre los síntomas de recuperación).

Puedo plantear la hipótesis de esta insuficiencia de dopamina porque, durante la recuperación, las personas con EP algo *avanzada* al principio solo tienen una cantidad limitada de dopamina para la función motora, aunque nunca hayan tomado medicamentos antiparkinsonianos.

Cuando, durante la recuperación, el suministro de dopamina del *mesencéfalo* se agota temporalmente, la persona *no* se vuelve rígida, como solía ocurrir con la enfermedad de Parkinson. Tampoco tiembla. En cambio, se siente muy cómoda, aunque queda inmóvil y laxa; parece más una muñeca de trapo que una persona con EP. Durante este hechizo, cuando la dopamina es ligeramente insuficiente por un tiempo y cae por debajo del umbral para la función motora automática, el *cuerpo* se comporta como si estuviera durmiendo tranquilo, aunque la *mente* pueda estar alegre, en paz y alerta. Después de un tiempo, que puede ser desde unos pocos minutos hasta 20 minutos más o menos, cuando se ha reciclado suficiente dopamina de los depósitos de dopamina (vesículas) del mesencéfalo, la persona recupera, de repente y sin esfuerzo, el movimiento pleno.

Si, por ejemplo, durante una semana la persona en recuperación fue capaz de moverse de forma constante durante 1 hora seguida antes de quedar laxa, y luego tiene de 10 a 20 minutos de inactividad, a la semana siguiente podría ser capaz de moverse sin esfuerzo durante 2 horas seguidas. En unas pocas semanas más, la persona podrá moverse durante 6 horas y los períodos de inactividad en el medio serán mucho más cortos. El cuerpo recicla la dopamina, por lo que a medida que genera más *y* probablemente incluso vuelve a diferenciar las células inactivas de la sustancia negra, la cantidad de tiempo de movimiento funcional de una persona aumenta rápido. Y cada vez que una persona se queda sin dopamina, esa es una señal al cerebro de que necesita volver a incorporar aún más células productoras de dopamina. Con bastante rapidez, por lo general, dentro de unos pocos meses, la persona ya nunca se queda sin dopamina para la función motora.

Este agotamiento *no* ocurrirá durante una emergencia, o mientras se conduce un automóvil o se realiza una actividad en la que no sea una opción estar inmóvil. Durante la recuperación, la persona puede acceder de nuevo a la adrenalina de las glándulas suprarrenales. Y todavía puede usar el dominio de la norepinefrina, si es necesario, aunque hacerlo se sentirá ligeramente incómoda y un poco estresada, un recordatorio sin síntomas de la intensidad *mental* de los días en que tuvo Parkinson. No hay que tener miedo. Durante la recuperación, si la dopamina se agota durante alguna actividad *crítica*, entrarán en acción la adrenalina y/o la norepinefrina. Pero si la dopamina se agota mientras la persona en

recuperación está simplemente pasando el rato en su casa, tendrá varios segundos de advertencia de que está empezando a desvanecerse, y deberá sentarse.

Este desvanecimiento es exactamente igual a las sensaciones que una persona puede experimentar durante 1 o 2 días después de recuperarse de una gripe muy fuerte; aunque los síntomas evidentes de la gripe hayan desaparecido, una persona puede seguir teniendo una insuficiencia temporal de dopamina debido a una gripe reciente y sentirse débil y/o sudar fácilmente después de un esfuerzo leve, como subir las escaleras, hablar por teléfono o comer una comida pesada. Mientras el cuerpo todavía se está recuperando de los últimos efectos secundarios de la gripe, una persona puede de repente volverse apática, sentir la necesidad de acostarse o simplemente sentarse y mirar la pared durante unos minutos, o tal vez media hora, hasta que el cuerpo se recargue. Así es como se siente la escasez de dopamina para la función motora.

La rigidez del Parkinson proviene de estar en *pausa*, lo que desconecta el área de la imaginación motora del cerebro. El temblor proviene de tratar sin éxito *salir* de la pausa. La rigidez y el temblor *no* están directamente relacionados con la inhibición de la liberación de dopamina en el mesencéfalo basada en la pausa.

Este síntoma de recuperación de períodos cortos de debilidad profunda y temporal no le sucede a todos. Si y cuando *ocurre*, no es un problema peligroso. Sin embargo, algunas personas que tienen Parkinson, en especial enfermedad de Parkinson tipo I, que leen sobre esto se horrorizan ante la idea de que podrían perder aún más control sobre su cuerpo, aunque sea de forma temporal. Después de todo, la preocupación y/o la ansiedad excesivas forman parte de la personalidad parkinsoniana reconocida por los médicos. Este tema se analizará en profundidad más adelante.

El alto nivel de cautela y/o ansiedad, la inhibición de la liberación de dopamina y la visualización de escenarios positivos, así como la inhibición de otros pensamientos positivos, desaparecerán casi *de inmediato* cuando se desactive la pausa. El *suministro* de dopamina, por otro lado, podría volver a aumentar *gradualmente*.

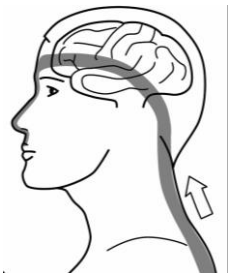
Pero la cuestión es que, incluso si una persona nunca tomó medicamentos antiparkinsonianos, su cuerpo podría mostrar signos de períodos cortos de insuficiencia de dopamina *y* una capacidad para restablecer rápidamente el suministro de dopamina después de que se desactive la pausa. Esto sugiere que el suministro de dopamina para el movimiento automático se *había* reducido un poco antes de la recuperación. Lo más probable es que *solo* se haya reducido el suministro de dopamina en la sustancia negra y en el cuerpo estriado, no en las otras áreas del cerebro. Se había reducido en el área de movimiento automático del cerebro *porque* nunca se utilizaba. Tan pronto como la persona vuelve a ser *capaz* de utilizar con su mente la dopamina para la función motora, su cuerpo evidentemente, según el rendimiento del paciente, comienza a reactivar esta área y restaurar el suministro de dopamina en el *mesencéfalo* a los niveles adecuados.

Por ahora, lo menciono solo para demostrar que una persona a la que le diagnosticaron Parkinson en fase inicial todavía tiene más que suficiente dopamina para moverse con normalidad y que se da una disminución en la cantidad de dopamina en *algunas* partes del cerebro (probablemente, la sustancia negra y el cuerpo estriado) en personas con Parkinson avanzado, incluso en personas que *nunca* tomaron medicamentos antiparkinsonianos. Y aquí está el punto más importante: la cantidad de dopamina en la sustancia negra y el cuerpo estriado, *si* son insuficientes, aparentemente se restaura a un

nivel saludable y más que adecuado cuando una persona desactiva la pausa, según las experiencias de los pacientes.

El cuerpo estriado

El cuerpo estriado es un área del cerebro que regula la función motora automática y voluntaria, y el "sistema de recompensa" (determina lo bien que uno se siente). Se encuentra en la línea media del cerebro, aproximadamente a la mitad de la parte del canal "Du" que pasa por el cerebro. Esta parte del canal Du conecta el área del tronco encefálico (en la parte superior del bulbo raquídeo) con el punto entre las cejas de la frente, un punto a menudo llamado el tercer ojo o, en la medicina china, Yin Tang. El cuerpo estriado recibe dopamina de varias áreas del cerebro y la distribuye a otras áreas de los núcleos basales. "Núcleos basales" hace referencia a algunas de las áreas inferiores y centrales del mesencéfalo, pero *no* a los lóbulos grandes izquierdo y derecho.



El flujo del canal Du a través de la cabeza se inhibe durante el sueño y durante el modo de pausa, lo que, a su vez, inhibe la liberación de dopamina para el movimiento en estos momentos. El canal Du y su comportamiento cuando alguien está en pausa se analiza en detalle en el capítulo 13.

Fig. 4.1 El recorrido craneal del canal Du forma un arco ligeramente curvado que va desde el tronco encefálico y el bulbo raquídeo, pasa por el centro del cuerpo estriado, el tálamo y el lóbulo frontal, y termina en la frente en el punto entre las cejas Para obtener un dibujo más completo de todo el canal Du, consulten la Fig. 13.2., p. 141.

El tálamo

El tálamo es como una pequeña nuez justo en el centro del mesencéfalo. Regula la conciencia sensorial interna, incluida la sensación de estar *dentro* del cuerpo. El cuerpo estriado es más grande que el tálamo y lo rodea por detrás, por arriba y por delante. El tálamo es donde se encuentra lo que los médicos occidentales llaman "estática" eléctrica en las personas con Parkinson. Durante mucho tiempo, se ha dado por sentado que esta "estática" es la causa del temblor de la EP.

Como comentario al margen, planteo la hipótesis de que el *origen* de la "estática" eléctrica que provoca el temblor está en el sacro (hueso situado en la parte inferior de la columna vertebral), no en el tálamo. He visto que, en personas con EP, cuando el temblor en el sacro impulsado por la pausa se detiene temporalmente (mediante un tipo de ejercicio de visualización que se describe en el libro *Stuck on Pause*), el temblor interno del *cerebro* también cesa. Pero durante la siesta o la calma profunda, cuando el temblor interno del cerebro se ralentiza o parece detenerse *de forma momentánea*, el temblor en el sacro continúa.

La estática en el tálamo parece simplemente hacer eco de la agitación eléctrica en el sacro. El hecho de que el temblor interno (sacro y cerebro) también se manifieste visiblemente en el cuerpo *físico* depende de 1) el grado de alerta y el grado de preocupación que la persona está experimentando en este momento, así como 2) el grado de atrofia y desconexión mental en las áreas específicas del cuerpo que se han vuelto propensas al temblor.

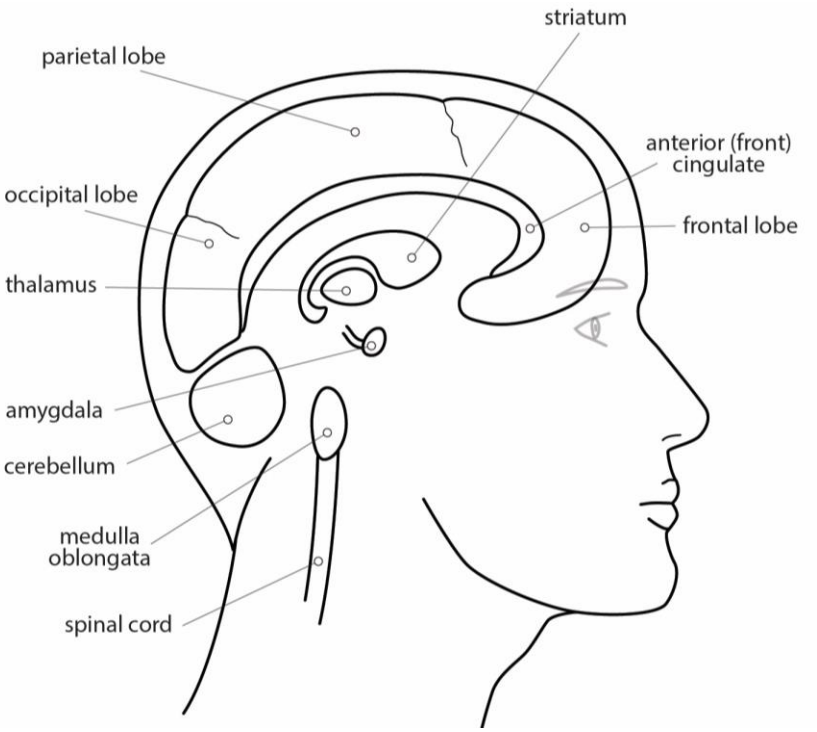


Fig. 4.2 Algunas áreas del cerebro

Durante mucho tiempo, se ha dado por sentado que el problema del Parkinson comienza en la sustancia negra. Esto se debe a cambios visibles en la sustancia negra observados en las autopsias de personas con Parkinson. Sin embargo, los síntomas y comportamientos de recuperación que he visto cuando las personas se recuperan de la enfermedad de Parkinson sugieren que las fuentes cerebrales reales de la inhibición del movimiento y el temblor externo visible son el cuerpo estriado y el tálamo, respectivamente.

Es muy probable que la disminución en el número de células oscuras *activas* en la sustancia negra sea solo un *efecto secundario* que se origine a raíz de que el cerebro está en pausa a largo plazo, lo que hace que la función motora automática se inhiba crónicamente. Una vez más, es probable que los cambios en la sustancia negra *no* sean la causa subyacente de la enfermedad de Parkinson, sino más bien un *efecto secundario* del uso a largo plazo del modo de pausa, al igual que todos los demás síntomas de la enfermedad de Parkinson.

Cuando la pausa se desactiva, los síntomas de recuperación de los pacientes sugieren que las células de la sustancia negra, que llevaban mucho tiempo sin usarse, vuelven a producir y distribuir esa parte de la dopamina del cerebro que se utiliza para la función motora automática y algunas otras tareas cerebrales.

La teoría de los canales se entrecruza con el pensamiento médico occidental sobre el cerebro

Basándome en la teoría china de los canales que afirma que el flujo del Qi del canal Du a través del mesencéfalo se reduce de manera significativa durante el sueño y *en exceso* durante la pausa, propongo que durante el sueño y durante el modo de pausa, la actividad en el cuerpo estriado y el tálamo, que se encuentran justo en el medio del flujo del canal Du a través del cerebro, se reduce en consecuencia.

En la medicina occidental, se reconoce que el cuerpo estriado es la principal fuente de entrada de dopamina para el resto del área inferior del mesencéfalo (la sustancia negra y los núcleos basales) y es especialmente crucial para producir movimiento automático. Durante los modos de sueño y pausa, al reducirse el flujo eléctrico a través del mesencéfalo, se reduce el flujo a través del cuerpo estriado. De este modo, se inhibe el movimiento automático. Este es un buen diseño; nadie quiere estar corriendo como un pollo con la cabeza cortada cuando está dormido o mientras intenta no morir debido a una lesión potencialmente mortal.

Al mismo tiempo, la disminución del flujo eléctrico a través del mesencéfalo durante el sueño o la pausa provoca una disminución del flujo eléctrico a través del *tálamo,* lo que causa la inhibición de la función sensorial interna (no cutánea). Esto también es bueno mientras se intentan dormir o se concentran en no morir. Esta inhibición del tálamo durante la pausa contribuye a la inhibición de algunos tipos de dolor, una inhibición que se ha asociado durante mucho tiempo con lesiones mortales; como dice el dicho: "las lesiones mortales no duelen". [19]

(Otros comportamientos neurológicos, como la liberación de endorfinas desde las bases de los nervios de la columna vertebral durante la pausa, también contribuyen a la inhibición del dolor de una lesión potencialmente mortal).

Propongo que, mientras se está en pausa, el comportamiento normal del cuerpo estriado y el tálamo se inhibe por los cambios en el flujo del Qi de los canales que son característicos del modo de pausa. *Pero* una vez que el cuerpo se ha estabilizado físicamente después del trauma, el sacro y el tálamo deben iniciar su comportamiento de activación del temblor de bajo nivel. La señal eléctrica de bajo nivel y comunicativa en el tálamo puede llamar la atención consciente: uno comienza a notar la agitación interna y tal vez a temblar al mismo tiempo, ya sea visible o internamente.

---

[19] Recientemente se ha planteado la hipótesis de que el tálamo es donde "se localiza la consciencia" en el cerebro. Los primates anestesiados e inconscientes con electrodos en distintos puntos del cerebro tomaron consciencia cuando se activaron los electrodos del tálamo, lo que anula la anestesia. Se despertaron. Cuando se apagó la estimulación del electrodo, volvieron a caer en la inconsciencia, una vez más bajo la influencia de la anestesia. La anestesia pone a una persona en un grado alto de modo de pausa.

La terapia para personas que se encuentran en una pausa autoinducida (terapia que consiste en estimular el tálamo y el cuerpo estriado a través de ejercicios simples de concentración mental para desactivar la pausa) utiliza los mismos principios que en este experimento: la estimulación eléctrica del tálamo de los primates desactiva temporalmente los efectos del Qi de sus canales que circula en el modo de pausa (anestesia). Pero las personas con EP pueden aprender a volver a activar *de manera duradera* las corrientes que fluyen a través del mesencéfalo mediante la visualización y otras técnicas, en lugar de utilizar electrodos.
https://www.inverse.com/mind-body/tiny-area-of-the-brain-could-enable-consciousness

La corriente eléctrica que impulsa el temblor se puede considerar como un pequeño motor de arranque, que emite una vibración diminuta, inestable y estática. Esta vibración inicia los procesos mentales que evalúan la seguridad de la situación *externa*. Esta evaluación determina si es lo suficientemente seguro como para volver a activar los modos parasimpático y simpático. Cuando los modos parasimpático y simpático vuelven a activarse, los grandes motores eléctricos de estos modos emergen a través del mesencéfalo y el sacro. El "motor" del cerebro ronronea suavemente: la pequeña corriente del "motor de arranque" y sus efectos inestables e inductores de temblor están desactivados.

Los médicos alopáticos consideran que la "estática" eléctrica en el tálamo de las personas con Parkinson es patológica. En realidad, es un comportamiento normal después de una caída pronunciada en el amperaje general del cuerpo que ocurre durante un traumatismo potencialmente mortal o anestesia total. La "estática" es la primera señal de que el cuerpo se ha estabilizado lo suficiente *por dentro* y está listo para salir de la pausa… si ya no hay moros en la costa.

Basándonos en cómo las personas que *no* tienen Parkinson responden a sus temblores internos o visibles a corto plazo relacionados con traumatismos, los cuales ocurren justo antes de salir de la pausa, el temblor parece ser una señal útil, no una patología. El temblor le dice al cerebro: "El cuerpo ahora se siente biológicamente estable por *dentro* y estamos empezando a hacer circular una corriente de baja energía a través del cuerpo que lo prepara para encender la corriente de alta energía (el canal Du a toda velocidad). ¿Es seguro el entorno ahora?".

Un error popular algo común sostiene que el temblor del Parkinson debe ser causado por niveles excesivamente altos de adrenalina. Esto no es así. Muchas personas con Parkinson tienen una cantidad muy *baja* de adrenalina. Después de recuperarse, algunas personas tienen que aprender a volver a poner en marcha sus glándulas suprarrenales si no lo hacen automáticamente.

– Diversión con la física: el sacro y el mesencéfalo se encuentran equidistantes de los dos extremos del canal Du externo. De acuerdo con los principios de conservación de la energía que se enseñan en las clases de física de la escuela secundaria, los cambios que ocurren a una distancia x en un extremo de un circuito eléctrico cerrado se replicarán (a la inversa) a una distancia x del *otro* extremo del circuito cerrado. Al detectar el flujo del Qi del canal, uno a menudo puede sentir estos fallos "a juego" o "emparejados", comportamientos eléctricos aberrantes sincronizados a lo largo del recorrido de un canal dado.

Esto puede ser muy útil en el diagnóstico médico porque muy a menudo un dolor sin causa aparente en un lugar particular de algún canal se debe a un bloqueo del canal a una distancia equivalente del extremo *opuesto* del mismo canal, un lugar que podría no doler pero podría tener una lesión sin curar.

En el canal Du, debido a sus ubicaciones simétricas, los fenómenos eléctricos en las áreas del sacro y del tálamo pueden comportarse como un par, es decir, un conjunto de coincidencia opuesta.

Una paciente, después de aprender a aislar de forma temporal y desactivar con su mente la sensación de estática estable de baja energía (temblor) que proviene de su sacro mediante la visualización de una gran oleada de corriente saludable que fluye a través del sacro y el cóccix hacia el canal Du, dijo que el cese de la estática le recordaba a cuando recuperaba la velocidad en su bicicleta después de haber estado parada mientras se

equilibraba con los pies en los pedales. Cuando se detenía en un semáforo y mantenía los pies en los pedales, la bicicleta se tambaleaba mientras ella trataba de mantenerse erguida. Cuando la luz cambiaba a verde y podía avanzar y reanudar el equilibrio fluido y giroscópico de una bicicleta en movimiento, el tambaleo proveniente de la falta de impulso hacia adelante dejaba de existir. La corriente de *baja* energía que causa estática eléctrica (temblor) en el sacro y su estática equivalente en el tálamo se siente como el tambaleo de baja energía que se produce al trata de mantener el equilibrio en una bicicleta *casi* inmóvil.

El mesencéfalo en pausa

Con el fin de desactivar la inhibición de la liberación de dopamina inducida por la pausa y poder reanudar la función motora automática (del tipo modo parasimpático), la persona debe tomar medidas específicas para salir de la pausa. Ni siquiera se le permite al cerebro *iniciar* este proceso hasta que el cuerpo *se sienta* estabilizado físicamente: la presión arterial es estable; la persona ha dejado de sangrar; etc. La *sensación* interna de estabilidad es procesada por el tálamo y, luego, la reanudación de una sensación de estabilidad biológica inicia el temblor.

Si y cuando, en respuesta a la pregunta del temblor, las funciones sensoriales conscientes de la vista, la audición, el olfato y/o el tacto confirman que el entorno ahora es seguro, el cerebro permite la reanudación del flujo normal de energía en el tiempo de vigilia a través del mesencéfalo. Los tres movimientos físicos (la respiración profunda, el movimiento de la cabeza y la sacudida espinal) ocurren cuando el cerebro anuncia que "¡todo está despejado!". Después de esos tres movimientos, la pausa se desactiva.

Luego, la reanudación del fuerte flujo de energía en la corriente más poderosa del cuerpo, el canal Du que atraviesa la columna vertebral y el cerebro, activa por completo el cuerpo estriado y el tálamo. El flujo débil y de baja energía de la corriente de arranque que causaba las vibraciones relacionadas con el temblor cesa.

En la enfermedad de Parkinson tipo II, III y IV, el flujo del Qi del canal tiene un bloqueo *físico* o está atascado en algún lugar debido a la inercia. Por lo tanto, los circuitos del modo de pausa permanecen activados. El cuerpo está atascado entre el primer y el segundo paso para salir de la pausa: el temblor y el proceso de evaluación han comenzado. Sin embargo, debido a alguna *lesión física* o inercia que impide que el Qi del canal fluya, el cuerpo sigue utilizando los patrones eléctricos del modo de pausa. El cuerpo *no puede* desactivar la pausa, *no puede* crear la gran corriente de "ahora estamos a salvo" que debe fluir a través del sacro y el mesencéfalo después de que la pausa se desactiva. [20]

Pero en la pausa autoinducida…

Durante una pausa autoinducida, es evidente que el cerebro no es capaz de responder correctamente al temblor porque se le ha *ordenado* que permanezca entumecido, es decir, que permanezca en pausa. En función de las respuestas y los comportamientos de los pacientes, el cerebro parece ser incapaz de responder de forma positiva a la pregunta del temblor. El temblor dice: "¡Hola! Me siento estable por dentro, pero ¿estamos a salvo por fuera?". Y el cerebro, conforme a la instrucción anterior, se niega a siquiera considerar la

[20] En los capítulos 9 al 14 de *Tracking the Dragon*, que está disponible en JaniceHadlock.com, se proporciona información detallada sobre la diferencia de los esquemas del Qi de los canales en los cuatro modos neurológicos.

posibilidad de que "el entorno ahora sea seguro". Lo que significa, según mi hipótesis, que la persona está *mentalmente*, pero no físicamente, atascada entre el primer y el segundo paso para salir de la pausa.

En la EP tipo I causada por una pausa autoinducida, el cerebro responde a la pregunta de esta manera: "El entorno *jamás* podrá ser seguro; se nos ha instruido que nos entumezcamos ante el dolor físico o emocional (estar en modo de pausa, permanecer al borde de la muerte)".

El temblor del cuerpo repite la pregunta: "¿Estamos a salvo *ahora*?".

—"Nunca".

—"¿Ahora?".

—"Nunca".

Este estancamiento mental parece ser la causa subyacente del Parkinson causado por la pausa autoinducida, la EP tipo I.

Una persona que tiene Parkinson tipo I y tipo II tiene un bloqueo físico *y* una orden mental que le impide salir de la pausa.

Una vez más, en la EP tipo II, III y IV, el Qi de los canales del cuerpo está *físicamente* atascado en los circuitos de pausa debido a alguna lesión sin curar *o* porque los circuitos se han *atascado* en el patrón de pausa biológica debido a un traumatismo y no han vuelto a la normalidad (desactivación de la pausa) cuando este se resolvió.

En la EP tipo I, la *mente* ha recibido una orden de permanecer en el patrón de pausa. El implacable temblor interno y la urgencia por salir de la pausa que este impulsa se ven contrarrestados por la negativa del cerebro a *considerar* siquiera que el mundo está seguro otra vez.

Muchas personas con Parkinson me han dicho algo parecido a: "Siempre estoy pisando el acelerador y los frenos al mismo tiempo". O que le ordenan implacablemente a su cuerpo que "se ponga en marcha", pero el cerebro *se niega* a hacerlo o no sabe *cómo* hacerlo.

Con los tipos II, III y IV, las terapias físicas específicas restauran el flujo correcto del Qi de los canales (el tipo III puede requerir un pequeño reentrenamiento mental, pero nada tan drástico como el cambio necesario para desactivar la EP de tipo I). Con el tipo I, el cerebro necesita aprender a activar el cuerpo estriado y el tálamo, las áreas cerebrales que funcionan con vigoro cuando una persona se siente segura. Cuando las corrientes circulan en niveles saludables en estas áreas cerebrales, una persona se siente segura de forma automática. Se neutraliza la antigua orden mental que inició el modo de pausa. La pausa puede desactivarse. En contraposición, los pensamientos negativos *disminuyen* la cantidad de corriente que fluye a través del mesencéfalo, incluso si una persona *no* está en pausa o durmiendo. Los pensamientos negativos *aumentan* el flujo de energía en los canales de los lados del cerebro, el Qi de los canales que regula los comportamientos en los lóbulos izquierdo y derecho del cerebro).

Cuando escribo "lados del cerebro", lo hago en términos generales. Algunos circuitos eléctricos muy *específicos* impulsan las respuestas de miedo. Por ejemplo, las áreas del cerebro que se encuentran justo debajo de los recorridos de los canales de la vejiga urinaria (UB) del lado izquierdo y del lado derecho, áreas del cerebro que incluyen la amígdala, han aumentado la actividad en respuesta a un aumento en los canales UB. Este aumento ocurre en respuesta al miedo, la ira o los pensamientos negativos. Los

"pensamientos negativos" se refieren a las actitudes como el pesimismo, el miedo y el enojo, y ver el vaso medio vacío, en lugar de medio lleno. El *aumento*, la oleada basada en el miedo, de la energía en la parte del canal UB que pasa por la cabeza *reduce* simultáneamente el flujo en la parte del canal *Du* cercano que pasa por el mesencéfalo, el cual fluye en la dirección opuesta. La física detrás de este comportamiento de vaivén emparejado se tratará en el capítulo sobre la biología del modo de pausa.

El punto principal aquí es que cuando una persona se siente segura puede desactivar la orden de la EP tipo I de "no sentir dolor" (estar en modo de pausa) que se dio a sí misma. Para sentirse seguro, uno necesita maximizar la cantidad de corriente que fluye a través del mesencéfalo, desde el bulbo raquídeo, pasa por el cuerpo estriado y llega hasta el punto entre las cejas. La maximización de la corriente del canal Du en el mesencéfalo disminuye automáticamente la cantidad de corriente en el canal UB que circula a lo largo de los *costados* de la cabeza.

Desactivación de la pausa autoinducida: un desvío cerebral

La investigación de las gammagrafías cerebrales que se trató en el capítulo doce me ayudó a diseñar ejercicios para personas con EP tipo I, ejercicios mentales que estimulan vigorosamente la actividad del cuerpo estriado y el tálamo de forma directa.

Según las experiencias de mis pacientes, los ejercicios mentales evaden el paso 2 para desactivar la pausa: confirmación sensorial de que el entorno es seguro. Los ejercicios aumentan el flujo de Qi de los canales en el cuerpo estriado y el tálamo y pueden *eludir* la confirmación *sensorial* consciente (visión, audición, olfato, tacto) de la seguridad y aumentar *de forma directa* el flujo de corriente en el cuerpo estriado y el tálamo.

Este aumento en el flujo de corriente puede llegar a estimular lo suficiente estas áreas como para que tanto el cuerpo como la mente vuelvan a *sentir* que están a salvo y activen los movimientos físicos que completan la desactivación de la pausa, lo que *anula* la orden duradera de "no sentir dolor físico y/o emocional". Cuando se produce esta anulación eléctrica, la orden antigua se desactiva de forma automática.

Una vez más, la activación mental directa del cuerpo estriado y el tálamo, cuando es lo suficientemente fuerte, parece crear el mensaje "Estoy a salvo ahora". Esto hace posible que se pongan en marcha los últimos tres pasos para salir del modo de pausa: una respiración profunda espontánea, un movimiento automático y espontáneo de la cabeza y una sacudida espinal automática y espontánea.

Una vez finalizados los movimientos y desactivada la pausa, las áreas del cerebro y los comportamientos corporales vuelven a funcionar de forma plena y saludable, "vuelven a la vida", tal como están diseñados para hacerlo cuando una persona ya no está al borde de la muerte. Este conjunto de movimientos no puede forzarse. Deben ocurrir de forma automática y espontánea, cuando una persona por fin se siente lo bastante segura como para desactivar la pausa.

Movimientos forzados

Los movimientos físicos *forzados* realizados *sin* sentirse seguro *no* desactivarán la pausa. Si el cuerpo estriado *no* prevé sentirse seguro debido a circuitos eléctricos del tipo pausa a partir una lesión física que aún no se curó *o* de una pausa autoinducida, forzar los últimos tres pasos físicos para desactivar la pausa *no* funcionará. La pausa *no* se desactivará. De hecho, el cuerpo podría resistir físicamente los intentos de mover la cabeza y dejar que

un escalofrío recorra la columna vertebral. Una persona que intenta estos movimientos a pesar de que su cerebro le dice “aún no estoy a salvo” a menudo se encuentra con que su cuerpo se niega a obedecer sus órdenes mentales de mover la cabeza o sacudir la columna vertebral. Incluso si *puede* obligarse a hacer estos movimientos, se sentirán forzados y antinaturales, hasta *inseguros*.

Por otra parte, si una persona se ha curado de algún trauma físico o emocional que activó la pausa y se siente biológicamente segura, *pero* los canales nunca volvieron a tener patrones de flujo saludables debido a la inercia en los canales, entonces, en *ese* caso, incitar estos movimientos *permitirá* que la pausa se desactive.

Si quieren más información sobre las diversas partes del cerebro y sus funciones, hay infinidad de sitios web excelentes. Para nuestros propósitos, lo anterior es suficiente para seguir adelante. Ahora, podemos volver al tema de lo que realmente causa el Parkinson y lo que se necesita para la recuperación.

Capítulo cinco

Requisitos para la recuperación

La recuperación de la enfermedad de Parkinson idiopática requiere tres cosas: 1) un diagnóstico correcto, 2) ningún daño cerebral por los medicamentos antiparkinsonianos y 3) en el caso de la disociación o pausa *autoinducida*, la capacidad de comprender el problema, y el deseo y la determinación de provocar cambios mentales en los propios patrones de pensamiento.

Estos tres capítulos siguientes abordan estos requisitos.

Requisito n.º 1: un diagnóstico correcto

Comenzar con un buen diagnóstico es crucial. En los próximos capítulos, se brindarán muchos más detalles de los que sus neurólogos han aprendido en la universidad sobre cómo hacer un diagnóstico preciso de la enfermedad de Parkinson idiopática.

Tener un diagnóstico sólido también les servirá de consuelo para cuando se recuperen y sus médicos les digan que nunca tuvieron EP, que se trató de un diagnóstico erróneo.

A mis pacientes que se han recuperado no *solo* les han dicho que su diagnóstico era erróneo, sino que a muchos los han acusado de fingir tener Parkinson para obtener una jubilación anticipada, compasión o acceso a medicamentos que alteran la mente y causan euforia (si no se tiene enfermedad de Parkinson idiopática). Un médico cínico también podría concluir que el paciente presumiblemente engañoso ahora quiere ser elogiado por su falsa recuperación.

Me he dado cuenta de que un paciente no tiene ninguna posibilidad contra un médico con una actitud congelada. Además, para muchos pacientes la palabra de su médico es sagrada.

Una paciente que asistía a la clínica *gratuita* una vez a la semana desde hacía poco más de un año quedó encantada cuando fueron desapareciendo de a poco el arrastre en la pierna, el temblor, la curvatura de los brazos, la máscara facial, la lentitud y la rigidez. Sus síntomas habían ido empeorando durante 2 años y le habían diagnosticado Parkinson. Solo tenía EP tipo II, y había estado recibiendo Yin Tui Na en la clínica gratuita durante 2 semestres. Sin embargo, después de su visita de la victoria a su neurólogo, se enfureció *conmigo*.

"Mi médico me dijo que, si mis síntomas desaparecían, mis problemas deben haber sido causados por un nervio pinzado. Pasé todo este tiempo viniendo a Santa Cruz cada semana, ¡y lo único que tenía era un nervio pinzado! ¡Nunca tuve Parkinson para empezar! ¡Solo me dieron un diagnóstico erróneo! ¡Deberías haberte dado cuenta de eso desde el principio!".

Por el contrario, una persona a la que nunca conocí me envió un correo electrónico de agradecimiento después de que se recuperó. La habían diagnosticado 6 veces. Se había mudado seguido debido al trabajo y en cada nuevo lugar había visto a un nuevo neurólogo. Cada uno de ellos le diagnosticó o confirmó su diagnóstico de Parkinson. Cuando se

recuperó, ni siquiera se molestó en volver a su último neurólogo. Sabía que le iba a decir que su diagnóstico era erróneo. Aun así, quería que yo supiera *cuántos* médicos le habían diagnosticado EP antes de su recuperación completa.

Diagnóstico erróneo

En mi clínica, vi a muchísimas personas a las que les habían diagnosticado enfermedad de Parkinson y que claramente *no* la tenían. Por lo general, era muy *obvio* que su diagnóstico era erróneo.

En muchos casos, estas personas habían desarrollado muy *rápidamente uno* o *dos* síntomas similares a los del Parkinson en respuesta *inmediata* a una cirugía, lesión o un nuevo medicamento.

Por ejemplo, un paciente presentó rigidez postquirúrgica en la articulación que le habían operado y le diagnosticaron Parkinson… y no tenía *ningún* otro síntoma de EP. A una persona que *no* presentaba otros síntomas de EP le diagnosticaron erróneamente Parkinson luego de haber comenzado a tener un temblor activo de aparición repentina (no temblor en reposo) en respuesta a un nuevo medicamento para el corazón que incluía el temblor en su lista de efectos adversos.

En muchos de estos casos obvios de diagnóstico erróneo, los médicos o cirujanos que realizaron el diagnóstico habían descartado la posibilidad de que ellos mismos fueran responsables del/de los nuevo(s) síntoma(s) de aparición repentina del paciente al declarar que el nuevo síntoma era Parkinson, un síndrome que no se puede confirmar con ninguna prueba, lo que exime al médico de toda responsabilidad por el desencadenamiento del nuevo síntoma.

Según los estudios de autopsias, más del 30 % de las personas con un diagnóstico de Parkinson no tenían ninguno de los cambios cerebrales asociados con la enfermedad de Parkinson y se supone que las diagnosticaron de forma errónea. ¡Más del 30 %![21]

[21] Lamento no poder seguir mencionando los diversos trabajos de investigación que presentaban información sobre este tema. Pero puedo decir que en mi clínica, al *menos* el 20 % de las personas que acudieron debido a un diagnóstico de Parkinson, en realidad no padecían la enfermedad (no realicé un seguimiento de estas personas y no tengo números exactos).

Muchos de ellos tenían diagnósticos erróneos evidentes, como se describió anteriormente. Muchos otros tenían alguna articulación atascada o torcida que impedía la flexión de la rodilla, la flexión de la muñeca o algún otro movimiento, y sus neurólogos groseramente negligentes le habían atribuido estos uno o dos síntomas a la enfermedad de Parkinson.

Si podía eliminar uno o dos síntomas que se habían diagnosticados erróneamente como EP en una o dos sesiones de 1 hora de fisioterapia o acupuntura, sentía que tenía el respaldo suficiente para decirle al paciente que le había dado un diagnóstico erróneo.

Que yo sepa, ninguno de estos pacientes volvió a informar al médico. Estaban tan emocionados hasta las lágrimas de "haberse librado de la desesperanza de la enfermedad de Parkinson degenerativa" que realmente no les importaba el seguimiento. Pero tampoco tenían la determinación y el impulso sombríos de la mayoría de las personas con Parkinson tipo I, cualidades necesarias para generar una pausa autoinducida *o* para enfrentarse a un médico con habilidades de diagnóstico muy malas.

Aquí va una broma: ¿Cómo llamas a un médico o un acupuntor que se graduó con las peores notas de su promoción? Respuesta: médico o acupuntor.

Vi un diagnóstico erróneo atroz de Parkinson basado en una falta de inicio inmediato de la oscilación del brazo debido a una lesión en el hombro de la noche anterior. Su falta de oscilación del brazo no era similar a la del Parkinson. El hueso de la parte superior del brazo se le había dislocado de la cavidad glenoidea del hombro y literalmente no podía mover el brazo hacia adelante. La mujer *no* presentaba síntomas de Parkinson, pero un neurólogo calificado se lo había diagnosticado.

En los *muchos* casos de diagnósticos erróneos evidentes que he visto, los canales de los pacientes *nunca* circulaban en los circuitos de pausa, aunque algunos de los canales, en especial los que se encontraban cerca del área de la lesión, a menudo era obvio que funcionaban de manera incorrecta.

En contraposición, era claro que *todos* mis pacientes con un diagnóstico correcto de Parkinson estaban ejecutando los patrones eléctricos se producen durante la pausa.

Otro ejemplo de incertidumbre en el diagnóstico es el infame estudio Elldopa de 2002. En ese momento, cada vez más estudios de investigación estaban demostrando que los medicamentos dopaminérgicos, como los que se utilizan para tratar la enfermedad de Parkinson, son adictivos y pueden causar daño cerebral duradero y parkinsonismo inducido por medicamentos.

En respuesta, un estudio dirigido por una compañía farmacéutica fue ingeniosamente diseñado para hacer *parecer* que los medicamentos antiparkinsonianos dopaminérgicos *no* aceleran los síntomas de la enfermedad de Parkinson (las gammagrafías cerebrales tomadas en paralelo a este estudio demostraron que, de hecho, los medicamentos *causaban* niveles de daño que se correlacionaban con las dosis, por lo que los resultados de estas gammagrafías cerebrales se dejaron fuera de la conclusión publicada). Para este estudio, se reclutaron seis médicos investigadores de Parkinson de alto nivel. El plan era tener una confirmación unánime de que cada uno de los 200 participantes tenía, de hecho, enfermedad de Parkinson idiopática. ¿Por qué tanto empeño en el diagnóstico correcto? Porque es bien sabido que abundan los diagnósticos erróneos de este síndrome.

Mi punto aquí, con respecto a la dificultad de diagnosticar la enfermedad de Parkinson en función de criterios ambiguos de la medicina occidental, es que los mejores médicos especialistas en EP estaban tan en conflicto sobre *quién* tenía Parkinson que terminaron acordando que cualquier persona a la que 3 de los 6 médicos le dieran un diagnóstico de enfermedad de Parkinson idiopático podría participar en el estudio.

Los diagnósticos erróneos son un arma de doble filo: un estudio llevado a cabo por el grupo sin fines de lucro Parkinson's UK descubrió que más del 25 % de las personas que terminaron, finalmente, con un diagnóstico de Parkinson habían recibido *primero* un diagnóstico inexacto de algún otro síndrome (no de Parkinson). A la mayoría de estas personas se les habían recetado medicamentos, y algunas incluso se habían sometido a cirugías, que, por supuesto, no resolvieron el problema, y finalmente se les diagnosticó enfermedad de Parkinson después de que los síntomas de EP se volvieran más evidentes.[22]

Esto es solo para mostrar lo difícil que puede ser hacer un diagnóstico preciso de enfermedad de Parkinson idiopática utilizando los vagos estándares de la medicina occidental.

[22] http://www.telegraph.co.uk/science/2019/12/30/one-quarter-people-parkinsons-disease-wrongly-diagnosed-survey

Diagnosticar la enfermedad de Parkinson idiopática

No pueden confiar en que sus médicos hagan un diagnóstico preciso, ni deben culparlos. Los médicos hacen lo que se les enseñó en la universidad.

Así que antes de intentar decidir cuál de los cuatro *tipos* de enfermedad de Parkinson idiopática tienen, primero confirmen que realmente tengan Parkinson.

Para calificar para un diagnóstico de enfermedad de Parkinson idiopática básica, una persona debe tener un cierto número de síntomas que entren dentro de cuatro categorías: rigidez, pobreza de movimiento (lentitud, debilidad y dificultad para iniciar ciertos movimientos), inestabilidad postural y temblor. Los detalles de estas reglas para un diagnóstico occidental oficial se encuentran en el capítulo quince. El capítulo quince los ayudará a diagnosticar lo que tienen y profundizará en este tema con *extremo* detalle; se dan muchos más detalles de los que encontrarán en el folleto de sus neurólogos sobre el Parkinson o en internet.

El diagnóstico se vuelve aún más seguro si uno *también* utiliza las corrientes eléctricas que circulan justo debajo de la piel como otra confirmación para el diagnóstico. Si uno tiene una idea de las variaciones eléctricas que ocurren durante el modo de pausa y tiene un amigo que ha aprendido a *percibir* estas variaciones, el diagnóstico se vuelve bastante sencillo.

Si creen que ustedes o un ser querido podrían tener Parkinson, sigan los pasos del capítulo quince para confirmar este síndrome. Si confirman que el diagnóstico es de enfermedad de Parkinson idiopática, en el capítulo diecisiete, encontrarán una explicación sobre cómo determinar qué *tipo*(*s*) de Parkinson es/son. En el capítulo dieciocho, se indicará el tratamiento adecuado para ese tipo.

Si una persona tiene más de un tipo de enfermedad de Parkinson, se proporcionan instrucciones que explican la *secuencia* más segura para tratar los diferentes tipos.

Capítulo seis

Requisito 2: Ausencia de daño cerebral físico

Otro requisito para la recuperación es no tener daño cerebral provocado por toxinas o medicamentos, incluidos los medicamentos antiparkinsonianos. Los síntomas de este tipo de daño se conocen como parkinsonismo inducido por medicamentos o toxinas. Aunque estos síndromes llevan el nombre de "parkinsonismo", no tienen nada que ver con la enfermedad de Parkinson idiopática.

La palabra idiopática significa "sin ninguna causa conocida". El uso de la palabra "idiopática" para describir la enfermedad de Parkinson básica, o "clásica", ya no es preciso, ya que ahora sabemos qué la causa. Aun así, todavía uso la palabra algunas veces para referirme al Parkinson "clásico" cuando necesito diferenciar entre la EP idiopática y el parkinson*ismo* inducido por medicamentos y toxinas.

Cuando *algunos* médicos se refieren a un síndrome como "parkinsonismo", eso podría significar que el paciente tiene uno o algunos síntomas *similares* a los del Parkinson, pero, en realidad, no tienen la enfermedad de Parkinson idiopática. Por otra parte, algunos médicos, inseguros de sí mismos, darán un diagnóstico de parkinsonismo para referirse a que "podría ser EP en fase inicial". Otros médicos recurren al diagnóstico de temblor hereditario de la misma manera, para referirse a que "podría ser EP en fase inicial, pero no quiero asustar al paciente con un diagnóstico definitivo de EP".

Estos diagnósticos evasivos reflejan sabiduría y bondad por parte del médico. Muchas personas con Parkinson de tipo I entran en una crisis casi inmediata con empeoramiento grave de los síntomas en cuanto reciben el diagnóstico de Parkinson. Para extender la calidad de vida, muchos médicos sabios que piensan en silencio "es enfermedad de Parkinson" dan el diagnóstico más leve de temblor hereditario o parkinsonismo, lo que le otorga al paciente uno o dos años más de síntomas leves antes de que el empeoramiento lento pero constante de los síntomas exija cambiar el diagnóstico a Parkinson idiopático, después de lo cual los síntomas podrían empeorar *rápidamente*.

Como ejemplo de lo que puede ocurrirle a un paciente cuando se le diagnostica la enfermedad de Parkinson, tuve un paciente de mediana edad que, después de su diagnóstico de EP, pasó de tener síntomas muy leves a apenas poder moverse en el *muy* corto período de seis meses. Cuando descubrió la información del Proyecto de recuperación del Parkinson en internet y se enteró de que el Parkinson era curable, incluso *antes* de comenzar a trabajar en la recuperación, sus síntomas volvieron *de inmediato* aproximadamente al nivel leve que había tenido 6 meses antes. Este rápido empeoramiento de los síntomas en respuesta a las malas noticias, incluido el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, es *muy* frecuente en personas con EP de tipo I.

En la época en que no existía un tratamiento eficaz para la enfermedad de Parkinson, dar al paciente un diagnóstico relativamente más leve, como temblor hereditario o parkinsonismo, era un enfoque inteligente y compasivo, porque así se evitaba un empeoramiento rápido, inmediato y mental de los síntomas. Sin embargo, hoy en día no solo existe un tratamiento eficaz, sino que cuanto antes se aplique, más fácil y rápido será

el proceso de recuperación. Ya no es necesario que los médicos oculten el diagnóstico durante el mayor tiempo posible. Todo lo contrario.

Diagnósticos de los canales

Si a una persona se le dice que tiene temblor hereditario o parkinsonismo, *pero* está usando el circuito eléctrico de la pausa, entonces *tiene*, de hecho, la causa subyacente de la enfermedad de Parkinson idiopática, sin importar lo que el médico que hizo el diagnóstico ha declarado.

En mi limitada experiencia, *todos* los pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática usaban todos o la mayoría de los esquemas eléctricos de la pausa, que son muy característicos. Hay cuatro maneras diferentes de llegar allí. Pero, en todos los casos, los esquemas resultantes serán muy similares. Y, aunque no habrá dos pacientes que presenten exactamente la misma combinación de síntomas, los síntomas que se manifiesten *coincidirán* con lo que podría ocurrir cuando el Qi de los canales está circulando en el modo de pausa.

Las personas que *solo* padecen parkinsonismo inducido por medicamentos o toxinas *no* tienen en funcionamiento estos circuitos del modo de pausa en todo el cuerpo. Sus síntomas *no* tienen la misma "apariencia" general que los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Estas personas *sí* tienen daño cerebral. *No* tengo ninguna sugerencia para las personas con este tipo de daño cerebral. En este libro, *no* se aborda el tratamiento del parkinsonismo inducido por medicamentos o toxinas.

Parkinsonismo a partir de medicamentos dopaminérgicos

En este libro, tampoco se abordan los problemas de las personas que han tomado medicamentos antiparkinsonianos y dopaminérgicos durante más de unas pocas semanas. Estas personas podrían haber comenzado con la enfermedad de Parkinson idiopática, basada en la pausa, pero a las pocas semanas de usar los medicamentos dopaminérgicos, es posible que ya hayan experimentado suficiente daño cerebral a causa de los medicamentos y que se genere el parkinsonismo inducido por medicamentos. Esto significa que ahora tienen dos problemas: lo que causó los síntomas de tipo pausa de la enfermedad de Parkinson idiopática *más* el daño cerebral que causa el parkinsonismo inducido por medicamentos.

Incluso si se recuperan del Parkinson idiopático, puede que sigan queriendo tomar los medicamentos antiparkinsonianos porque ahora pueden tener daños a causa de los medicamentos en algunos de los diversos sistemas cerebrales que producen y regulan la dopamina. Una persona que *está* en pausa es *menos* propensa a los efectos acumulativos y adversos de los medicamentos dopaminérgicos. En las dosis bajas sugeridas por el fabricante (que se recetan muy rara vez), los efectos adversos se acumularán lentamente, tal vez durante 5 a 10 años.

Pero una persona que *no* está o *ya no* está en pausa y está tomando medicamentos antiparkinsonianos para aliviar los síntomas del parkinsonismo *inducido por medicamentos* podría desarrollar con *mayor* rapidez los terribles efectos adversos de la medicación, en unos pocos años, en unos pocos meses o, en algunos casos, en unas pocas semanas. Por ejemplo, todos los miembros del grupo de consumidores de drogas ilegales (*The Case of the Frozen Addicts* [El caso de los adictos congelados], p. 31) que fueron la base de la teoría de las células dopaminérgicas muertas murieron en un corto período después de tomar las

altas dosis de L-dopa que les proporcionaba algún grado de función motora. Las personas con EP idiopática pueden tolerar la L-dopa durante años.

He visto destrucción mental y psicosis *rápidas* y horribles en personas que continuaron con sus dosis previamente seguras de medicamentos antiparkinsonianos y dopaminérgicos después de que se desactivó la pausa. Una persona que ha desactivado la pausa, *pero* que todavía tiene síntomas de parkinsonismo inducido por medicamentos, puede sentir que *necesita* tomar el medicamento debido a sus problemas de movimiento inducidos por el daño cerebral. Incluso puede que los médicos o sus seres queridos la presionen contra su voluntad para que tome los medicamentos, ahora más potentes.

En cierto modo, estar en pausa actúa como un freno ante los efectos adversos de los medicamentos. Así que, si una persona tiene parkinsonismo inducido por medicamentos a causa de los medicamentos antiparkinsonianos, *además* de tener EP idiopática, podría ser mejor que *no* tratara de recuperarse y simplemente mantuviera sus dosis lo más bajas posible mientras mantiene el curso. Desde 2003, no he trabajado con ninguna persona que haya tomado alguna vez un medicamento antiparkinsoniano y dopaminérgico durante más de 3 semanas. Las razones se explican con gran detalle en mi libro *Medications of Parkinson's or Once Upon a Pill*: *Patient Experiences with dopamine-enhancing drugs and supplements (Medicamentos para el Parkinson o había una vez una píldora: experiencias de los pacientes con medicamentos dopaminérgicos y suplementos).*

Los comienzos

Ninguno de mis primeros seis pacientes había tomado medicamentos antiparkinsonianos. Se habían recuperado fácilmente. Después de haber visto estas recuperaciones inesperadas, recluté pacientes voluntarios del grupo de apoyo local para el Parkinson para administrarles tratamientos gratuitos. Todos los nuevos pacientes del grupo de apoyo *estaban* tomando medicamentos antiparkinsonianos. Cuando, en lugar de recuperarse, estos nuevos pacientes se adentraban en lo que inapropiadamente llamé "recuperación parcial", una condición horrible descrita más a fondo en un próximo capítulo, mi primer pensamiento fue que esto tenía algo que ver con los medicamentos. Algo de razón tenía.

Se les pidió a todos los pacientes de la clínica gratuita (de 1998 a 2003) que mantuvieran registros diarios de sus síntomas repentinos e impredecibles relacionados con los medicamentos y sus intentos de moderar las dosis de sus medicamentos. En los pacientes que comenzaron a mostrar síntomas de recuperación mientras todavía tomaban sus medicamentos, los resultados finales fueron uniformemente desastrosos: provocaron la muerte o espasmos discinéticos sobrehumanos e insoportables y/o psicosis grave e irreversible. [23]

[23] *Antes* de leer el libro del Dr. Sacks *Awakening* (nota al pie en la página 33), fui testigo de los mismos fenómenos increíbles, violentos e incluso fatales en mis pacientes que se recuperaron mientras todavía estaban tomando L-dopa. Me sentí profundamente aliviada cuando leí sus descripciones de las respuestas de sus pacientes a la L-dopa porque confirmaban lo que a mis pacientes y a mí nos costaba creer.

Pero, al menos, en los comienzos de la investigación de la L-dopa, después de los hallazgos del Dr. Sacks, los médicos administraban dosis con precaución. Hoy, más de 50 años después, es evidente que en las facultades de medicina ya no se hace hincapié en los peligros reales de aumentar

Legislación sobre el campo profesional

Cuando se trataba de los cambios de dosis, insistía en que los pacientes trabajaran con sus médicos prescriptores. Soy acupuntora licenciada (licensed acupuncturist, LAc). En California, un acupuntor licenciado ha obtenido *al menos* una licenciatura y tiene una maestría en medicina china que comprende, como mínimo, 4 años de educación médica (los licenciados más recientes tienen 5 años y medio), incluidas las prácticas, y, en California, se considera legalmente que es un proveedor de atención médica primaria, autorizado a diagnosticar, recetar y tratar *dentro* del campo profesional de la medicina china. Debemos estudiar farmacología occidental en la universidad, pero *no* estamos tenemos el permiso legal para dar consejos sobre recetas de medicamentos farmacéuticos. Como LAc, dar consejos sobre qué medicamentos recetar o incluso *comentarios* a un paciente *o* a un médico con respecto a los medicamentos recetados de un *individuo* es ilegal.

Algunos de los pacientes en recuperación les contaron a sus médicos sobre los cambios en los síntomas y les preguntaron qué debían hacer con respecto al aumento de los efectos adversos debido a las dosis elevadas actuales de los medicamentos. En *todos* los casos, el médico le aseguraba al paciente con una declaración groseramente incorrecta como, por ejemplo: "Si te recuperas de la enfermedad de Parkinson, puedes dejar de tomar los medicamentos en ese momento".

La mayoría de los intentos de los pacientes por modificar sus medicamentos, que de repente eran demasiado fuertes, resultaron trágicamente infructuosos. Incluso algunos pacientes se volvieron eufóricos y violentos. Aunque estaban decididos a *reducir* sus medicamentos, se sintieron indefensos y duplicaron, y triplicaron, sus dosis en cuestión de días. Otros se volvieron paranoicos y/o psicóticos, y tuvieron alucinaciones descabelladas. Estos comportamientos fueron *mucho* más extremos que cualquier otra cosa que haya visto en años posteriores en pacientes con EP no medicados con mera recuperación parcial.

Durante el transcurso de ese proyecto, los *únicos* pacientes que murieron de síndrome neuroléptico maligno por una reducción excesiva de los medicamentos fueron los que siguieron las recomendaciones de sus médicos. El síndrome neuroléptico maligno es

---

o disminuir rápidamente los medicamentos dopaminérgicos. Por ejemplo, a uno de mis pacientes su neurólogo le dijo: "Si quieres un estímulo extra para ir a una fiesta o algo así, duplica tu dosis" [de Sinemet, el medicamento dopaminérgico estándar para el Parkinson en los EE. UU. desde hace muchas décadas].

En las instrucciones del fabricante, se indica explícitamente que *nunca* se debe duplicar la dosis de Sinemet, aunque se haya omitido una dosis anterior. Además, los fabricantes insisten en que se debe empezar con una dosis baja y *mantenerla* durante 10 semanas, momento en el que empezará a hacer efecto el medicamento. Sin embargo, la mayoría de los médicos que les recetaron medicamentos a mis pacientes habían dicho, de manera irresponsable, a sus pacientes al principio "aumenten la dosis a una píldora por día hasta que empiecen a notar que les hace efecto". Esto da lugar a dosis excesivas, ya que muchos pacientes toman entre tres y seis veces más L-dopa de la recomendada por el fabricante. Esto, a su vez, provoca una aparición *mucho* más temprana de los dolorosos efectos adversos y a la ineficacia de la medicación.

En la década de los noventa, cuando comencé mi investigación sobre el Parkinson, según la bibliografía publicada, los medicamentos dejaban de ser eficaces en los pacientes entre 5 y 10 años después de haber comenzado a tomarlos. Hoy en día, en el 2020, como las dosis iniciales son mucho más elevadas, según la bibliografía publicada, la duración media de la eficacia es ahora de solo 2 a 5 años.

una incapacidad repentina para regular los procesos vitales básicos, como la frecuencia cardíaca, la respiración y la regulación de la temperatura; este es el mismo síndrome que puede matar a una persona que está pasando por la abstinencia de otros tipos de drogas altamente adictivas. Sus médicos les habían aconsejado que dejaran sus medicamentos "de a poco: en unos días" o "…en una semana". Un plazo más seguro habría sido más bien de 10 semanas a 18 meses, según una serie de factores. [24]

Desde hace más de 50 años se sabe que una reducción demasiado rápida de los medicamentos con L-dopa puede ser fatal. Pero desde los primeros días de cuidadosa exploración con estos medicamentos en la década de 1960, muchos médicos se han vuelto arrogantes y ahora tratan a estos medicamentos que alteran la mente, que tienen efectos adversos a largo plazo y que se acumulan y dispersan en el cerebro durante meses, no horas, como si fueran similares a la aspirina o los antiácidos.

La sobremedicación también puede ser fatal. Dos de mis pacientes murieron cuando los sobremedicaron a causa de la recuperación. Sus lesiones cerebrales masivas se produjeron durante espasmos discinéticos violentos y sobrehumanos. Una paciente cayó de cabeza y se golpeó con el borde de una encimera. El otro se golpeó con el marco de una puerta y, luego, cayó al suelo. Una de estas pacientes había querido reducir sus medicamentos fuertes de forma repentina. La madre superiora de su congregación se lo prohibió; dijo que la monja tenía que seguir las órdenes de su médico. El otro era un neurólogo que se estaba recuperando de la EP. A pesar de su deseo intelectual de reducir sus medicamentos, después de desactivar la pausa, *no* pudo reducirlos: sus dependencias a los medicamentos se hicieron cada día más fuertes, al igual que sus espasmos violentos.

Otro paciente que era psiquiatra se sorprendió por su incapacidad para reducir sus medicamentos a pesar de que llegó a estar gravemente sobremedicado. "¡Yo sé todo sobre estos medicamentos! Soy médico, ¡por el amor de Dios! ¿Por qué no puedo reducir mi dosis?"

Según la legislación sobre el campo profesional de los acupuntores, no podía decirles nada a mis pacientes *o* a sus médicos sobre sus medicamentos o dosis. Eso me costaría la licencia. Legalmente, *podía* indicar a mis pacientes que consultaran la información general de acceso público sobre estos medicamentos. Por ende, escribí un folleto corto sobre lo que estaba descubriendo acerca de los medicamentos y lo publiqué en el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson para que lo puedan descargar de forma gratuita. Incluso hoy en día, a cualquier persona que me pida consejos sobre medicamentos le recomiendo que lea mi libro gratuito *Medications of Parkinson's: Once Upon a Pill*.

[24] Cuando algunos de mis pacientes en recuperación tenían síntomas parecidos a los de un accidente cerebrovascular después de hacer una modesta reducción del medicamento *agonista* dopaminérgico recientemente aprobado (1997), les escribí a los fabricantes para preguntarles cuáles deberían ser las reducciones de dosis porque su advertencia solo decía: "Reducir lentamente". Ellos me respondieron: "Reducir lentamente". Les escribí de nuevo, y enumeré los síntomas que mis pacientes habían experimentado después de hacer lo que parecían disminuciones muy pequeñas. Volvieron a responder: "Reducir lentamente". Sin embargo, sí hicieron algo al respecto, ya que la edición del año siguiente del *Physician's Drug Handbook* (Manual de medicamentos para el médico) contenía nueva información. Citaron con mis palabras exactas los detalles que les había enviado sobre los efectos adversos de hacer reducciones de estos medicamentos. Seguía sin especificarse qué querían decir con "reducir lentamente".

En los años siguientes, los registros de dosis de medicamentos y síntomas de los pacientes resultaron muy valiosos. Al analizar cada detalle de los informes de los pacientes, al fin pude encontrar respuestas lógicas a *por qué* las reacciones de los pacientes a los cambios de dosis de medicamentos relacionados con la L-dopa, así como otros medicamentos dopaminérgicos, eran altamente predecibles, a pesar de que durante mucho tiempo se han considerado "impredecibles" de forma oficial.

Una razón evidente por la que se consideran impredecibles es que los investigadores han dado por sentado erróneamente que la semivida corta de 6 horas de estos medicamentos en el torrente sanguíneo significa que la mitad del medicamento está fuera del *sistema* del paciente luego de 6 horas. Se ignora el hecho de que estos medicamentos atraviesan la barrera hematoencefálica y muy *lentamente* se acumulan en el cerebro hasta lograr el equilibrio con los aumentos sanguíneos del medicamento durante *meses*. El *cerebro* es donde los medicamentos hacen su *trabajo.*

En función de los datos que he recopilado, formulé la hipótesis de que, una vez que los medicamentos atraviesan la barrera hematoencefálica, se acumulan de forma lenta en el cerebro. Una vez en el cerebro, no se someten a la depuración de la semivida que se produce en el hígado y los riñones. Según un estudio de casi 5 años que realicé desde 1998 hasta 2002, se necesitan aproximadamente 10 semanas para que las cantidades *cerebrales* de dopamina se equilibren con los excesos de L-dopa relacionados con la dosis que se han estado produciendo dos o tres veces al día en el *torrente sanguíneo.*

Los fabricantes de medicamentos ya sabían *algo* sobre esto, aunque es posible que no entiendan todas las repercusiones del cambio de dosis. Al fin y al cabo, muchos escribieron en sus folletos y sus publicaciones sobre medicamentos que estos debían mantenerse en una dosis baja para que puedan acumularse de a poco en el cerebro hasta que empezaran a ser eficaces, por lo general, luego de alrededor de 10 semanas *o,* con determinados medicamentos como los agonistas dopaminérgicos, los pacientes debían alcanzar la dosis máxima muy lentamente y con mucho cuidado: durante un período de 10 semanas, o como decían algunos de ellos, de 2 a 3 meses. El fabricante del medicamento antiparkinsoniano más usado en los EE. UU., Sinemet (levodopa/carbidopa), escribe en sus publicaciones que se necesitan *10 semanas* de la dosis más baja y segura para lograr de forma lenta y segura los beneficios antiparkinsonianos que se esperan de este medicamento.

Otra de mis hipótesis basada en los registros de pacientes sostiene que los medicamentos también se descomponen y se dispersan muy lentamente desde sus depósitos en el cerebro. Gracias a esta hipótesis, los cambios en los síntomas relacionados con la dosis a largo plazo fueron muy predecibles, una vez que descubrí la tasa de descomposición. Si la tasa de descomposición es muy lenta, también quiere decir que una persona que disminuye de forma rápida o que deja de tomar abruptamente su medicamento no obtendrá el resultado completo de esa disminución o suspensión hasta pasadas casi 10 semanas. Durante ese tiempo, si su cuerpo no puede generar la cantidad suficiente de dopamina en el cerebro para mantener las funciones básicas, por lo general, alrededor de 12 a 20 días después de suspender de forma abrupta o hacer una disminución excesiva del medicamento, ya es demasiado tarde para hacer algo al respecto: por mucha dopamina que se introduzca en el *torrente sanguíneo* de una persona cuyo cerebro está dejando de funcionar, se necesitará más de una semana de niveles elevados en el torrente sanguíneo para restablecer de a poco la dopamina suficiente en las diversas estructuras *cerebrales* para mantener con vida al paciente. Y esta situación de restauración de una semana es imposible desde el punto

de vista físico: transcurrida la semana en la cual se bombea la sangre con dopamina, el paciente que empezó a tener los síntomas del síndrome neuroléptico maligno, que de *inmediato* fueron mortales, ya habrá estado muerto durante unos 6 días.

Una segunda razón por la que los medicamentos se han considerado erróneamente "impredecibles" durante mucho tiempo es que son muy adictivos y provocan *alteraciones* duraderas en el procesamiento cerebral de la dopamina en *todo* el cerebro, no solo en las áreas de regulación motora del mesencéfalo. Por lo tanto, una persona con Parkinson, que tenía deficiencias en la función motora pero suficiente dopamina para tener estabilidad en la función cerebral *central* (respiración, frecuencia cardíaca y regulación de la temperatura) *antes* de empezar a tomar los medicamentos, podría tener muchas alteraciones en el cerebro tras el consumo de medicamentos: podría no tener suficiente estabilidad cerebral *central* para sobrevivir a la *abstinencia* de los medicamentos.

En tercer lugar, los medicamentos causan *daños* cerebrales duraderos en las neuronas que estimulan las áreas motoras del cerebro, daños que causan el parkinsonismo inducido por medicamentos. De modo que una persona que ha utilizado los medicamentos durante el tiempo suficiente como para observar un beneficio también podría haber desarrollado ya cierto grado de parkinsonismo inducido por medicamentos, *además* de tener la enfermedad de Parkinson idiopática. Esto significa que, aunque dicha persona se recupere de la EP idiopática, podría seguir necesitando los medicamentos para contrarrestar los síntomas motores del parkinsonismo inducido por *medicamentos*.

Pero aquí hay otro problema: como se ha mencionado antes, los medicamentos son mucho más potentes, dañinos y capaces de alterar la mente en una persona que ya no tiene parkinsonismo. Los medicamentos se comportan de forma diferente, y mucho más potente, en una persona que *solo* tiene parkinsonismo inducido por medicamentos. En nuestra clínica gratuita, vimos que cuando los patrones eléctricos de tipo pausa de un paciente medicado *de forma moderada* se desactivaban de repente era cuando aparecían las psicosis y las alucinaciones farmacológicas características de la *sobre*medicación grave. Aprendimos por las malas que las psicosis y las alucinaciones graves tardaban unos 3 días en aparecer luego de que una persona con EP que tomaba medicamentos dopaminérgicos antiparkinsonianos desactivara el circuito de la pausa… a menos que dejaran los medicamentos en 3 días. Y si, por recomendación de su médico, dejaban los medicamentos en solo 3 días, morían entre 12 y 20 días más tarde de síndrome neuroléptico maligno por una abstinencia excesivamente rápida. Estas personas presentaban ahora un *potencial* habitual de liberación de dopamina para la función motora porque habían desactivado la pausa, *pero* parecía que las cantidades de dopamina y otras partes del sistema dopaminérgico se habían alterado también en las áreas cerebrales *centrales*, no solo en las áreas de movimiento. El agotamiento en las áreas *centrales* cuando redujeron sus medicamentos demasiado rápido es lo que causó su muerte.

Si los pacientes redujeron poco a poco, durante un año o más, sus medicamentos y finalmente los dejaron, y solo entonces hicieron los ejercicios de reentrenamiento mental y/o la terapia práctica para la pausa autoinducida, la pseudopausa por lesión, o ambas, y *luego* se recuperaron de la enfermedad de Parkinson idiopática, podrían estar todavía *algo* inmovilizados o tener un temblor leve debido al daño cerebral del parkinsonismo inducido por medicamentos. Pero, al menos, este último síndrome no provoca la misma sensación de fatalidad interna que el Parkinson causado por una pausa autoinducida. Y estas personas solían tener una lentitud o inmovilidad muscular "leve" e indolora, a diferencia de la lentitud o inmovilidad muscular rígida y *dolorosa* de la EP.

Tuve un paciente que dejó poco a poco, a lo largo de más de 18 meses, los tres tipos de medicamentos antiparkinsonianos que tomaba (un anticolinérgico, Sinemet, y Requip, un medicamento agonista dopaminérgico). Luego, se recuperó de su caso muy avanzado de Parkinson tipo II que se había desarrollado en los 20 años transcurridos desde su diagnóstico. Después de recuperarse, el temblor desapareció. Volvía a tener una hermosa sonrisa. Su función motora era muy lenta debido al parkinsonismo inducido por medicamentos, hasta el punto de que no podía caminar. Con el tiempo, su mujer, que ya tenía más de 70 años, lo trasladó a una residencia de ancianos. Él también tenía unos 70 años.

Sin embargo, estaba muy cómodo en la cama y ya no tenía la dolorosa rigidez característica del Parkinson. Incluso podía mover *de forma lenta*, pero suave, los brazos, que estaban muy relajados, y utilizar un poco las manos y los dedos, cosa que antes no había podido hacer, ni siquiera con sus medicamentos antiparkinsonianos. Cuando lo conocí, tenía los dedos rígidos y le temblaban las manos todo el tiempo; todos los dedos se movían a la vez, como aletas, por el exceso de tensión muscular provocado por los medicamentos. Tenía los brazos flexionados, pegados a sus costados. Su rostro había quedado totalmente inexpresivo.

Aunque, años más tarde, estaba en una residencia de ancianos, se sentía mucho mejor por tener la mera lentitud y laxitud del parkinsonismo residual inducido por medicamentos de lo que se había sentido al tener Parkinson. La última vez que lo visité me lo hizo notar, con una gran sonrisa posparkinsoniana cuando, desde su cama, se despidió de mí con un elegante "pranam" (levantó las manos, las colocó palma con palma, se las llevó a la frente y, luego, se inclinó hasta la cintura). No había forma de que hubiera realizado este gesto de forma tan fluida cuando lo conocí. Aunque pudo hacerlo con fluidez, seguía débil, en una residencia de ancianos, incapaz de caminar o cuidar de sí mismo.

Cuando aún vivía en su casa y por fin había dejado de tomar los últimos medicamentos, se sorprendió porque no había tenido conocimiento de sí mismo durante los 20 años que había estado tomando los medicamentos. Su esposa, leal, cariñosa, muy inteligente y dulcemente digna, comentó: "Tomó su última fracción de la pastilla Sinemet, una vez a la semana, hace poco más de una semana y ayer, por primera vez desde que empezó a tomarla, me preguntó cómo estaba y se mostró preocupado por mi situación económica. Me preguntó si iba a estar bien, dado que llevaba casi 15 años sin trabajar. Era la primera vez que se preocupaba por mí desde que empezó a tomar esos malditos medicamentos".

Así que ni él ni su mujer querían que volviera a tomar medicamentos dopaminérgicos, a pesar de que podrían haberle dado un poco de movilidad… a un costo muy elevado. Ambos habían visto lo que les había ocurrido a otras personas en la clínica: que la psicosis y la locura provocadas por esos medicamentos aparecen mucho más rápido, quizá en días, no en años, si la persona que los toma *solo* tiene parkinsonismo inducido por medicamentos y ya no tiene EP idiopática.

A finales de 2002, debido a las tragedias relacionadas con los medicamentos, puse fin a la clínica gratuita que dirigía en la facultad de acupuntura. Al mismo tiempo, anuncié que el equipo de Tratamiento del Parkinson (otro proyecto clínico sobre la EP que dirigí desde finales de los 90 hasta 2013 con cuatro acupuntores licenciados, incluida yo misma, en el que practicábamos Yin Tui Na, no acupuntura) *no* iba a trabajar con personas que

hubieran tomado *alguna vez* medicamentos dopaminérgicos durante más de 3 semanas, en total.

Al año siguiente, en 2003, escribí una versión mucho más completa del folleto en línea sobre los medicamentos para el Parkinson. En este nuevo libro, compartía todo lo que había aprendido sobre los medicamentos *más* la advertencia de que cualquiera que hubiera tomado alguna vez medicamentos dopaminérgicos durante más de 3 semanas podría no ser un buen candidato para la recuperación. De nuevo, el libro se titula *Medications of Parkinson's: Once Upon a Pill*. Está disponible para su descarga gratuita en el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson: www.PDrecovery.org.

Uno de los hallazgos más importantes que se explica en el libro, basado en todos esos registros de los pacientes, fue que nadie moría ni sufría síntomas de abstinencia *graves* y potencialmente mortales *si* nunca reducían la dosis más de un 10 % a la vez y luego esperaban hasta 10 semanas, en función de los cambios en los síntomas, antes de hacer la siguiente reducción. Esta lentitud significaba que la mayoría de las personas con un consumo de larga data (un año o más) necesitaban entre un año y un año y medio para dejar de tomar los medicamentos de forma segura.[25]

Dado que, a menudo, me preguntan por suplementos "naturales" como la *Macuna pruriens*, hay que tener en cuenta que *cualquier cosa* que eleve las cantidades de dopamina en el cerebro, ya sea de origen farmacéutico o a base de hierbas, va a causar problemas. Esta cuestión se aborda en el libro de medicamentos.

En este libro, también, se explica explícitamente cómo disminuir de forma segura las dosis de medicamentos antiparkinsonianos para reducir los efectos adversos de la sobremedicación sin morir en el proceso. Las reducciones de medicamentos, a menudo, pueden disminuir o eliminar por completo algunos de los efectos adversos más dolorosos y molestos de los medicamentos dopaminérgicos, como las discinesias (movimientos musculares incontrolables y espasmos insoportables y fuertes), el sonambulismo (caminar

[25] Casi 20 años después de que publicara por primera vez mis hallazgos sobre la tasa de cambio de las cantidades cerebrales de dopamina de los medicamentos, los cuales indicaban tasas de abstinencia seguras de un año a un año y medio, en 2019, los investigadores anunciaron que es probable que las personas que toman antidepresivos potenciadores de la serotonina y la dopamina deban esperar entre un año y un año y medio para dejarlos.

Sé que la información que publiqué en internet se ha difundido, he tenido nuevos pacientes que me repiten información sacada "de internet" para explicarme cómo una persona estará más segura si nunca reduce los medicamentos adictivos más de un 10 % a la vez, y luego espera mientras su cuerpo pasa por las diversas etapas de la abstinencia moderada antes de hacer la siguiente reducción del 10 %, y me citan *exactamente* la información publicada en mi libro y que *no* está replicada en ningún estudio aparte del mío, que yo sepa (No se investiga mucho sobre cómo *reducir* o *dejar de tomar* los medicamentos. *No* hay mucho dinero para subvenciones en el campo de la *reducción* de medicamentos. Para *nada*). Estos pacientes no tienen ni idea de que fui yo quien primero difundió esa información. Me encanta que me digan cómo disminuir de forma segura los medicamentos dopaminérgicos con mis propias palabras. Ahora, 20 años después, esta información, disponible desde hace tiempo en el sitio web PDrecovery.org y que evidentemente también circula, sin atribución alguna, por diversos lugares de internet, se pone por fin a prueba y se presenta como una *nueva* y sorprendente investigación médica.

Como se puede ver, si no existe un motivo de *lucro* significativo para la nueva información, el cambio podría producirse muy, muy lentamente en el sector de la investigación del mundo médico.

dormido) y la llamada "demencia del Parkinson", con la que se experimentan alucinaciones. Este libro ha sido útil para muchísimas personas. Si bien no llevamos un registro en el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson, he recibido correos electrónicos de agradecimiento de *muchas* personas que han aprovechado la información.

La "demencia del Parkinson"

Antes de la introducción de los medicamentos dopaminérgicos para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, no existía la "demencia del Parkinson". Todo lo contrario. La enfermedad de Parkinson idiopática era conocida como un síndrome en el que la persona, a pesar de volverse muda e inmóvil, *nunca* perdía su función cognitiva alerta. Hasta el final, que solían morir a causa de una neumonía por aspiración, la mayoría de las personas con Parkinson conservaba su gran intelecto y su estado de alerta. Solo después de que se introdujeran los medicamentos antiparkinsonianos dopaminérgicos, la "demencia del Parkinson" se convirtió en un síntoma de la EP.

Las alucinaciones y otros trastornos mentales que surgen a causa de los medicamentos son un efecto secundario absolutamente lógico: tomar estos medicamentos se puede comparar con el consumo de cocaína o metanfetamina varias veces al día, todos los días, durante años. De hecho, algunos de los medicamentos inhibidores de la monoaminoxidasa para el Parkinson contienen metanfetamina. Si una persona consume esta cantidad de drogas estimulantes que alteran la mente todos los días, tres o más veces al día, no tardará en tener alucinaciones, sonambulismo y psicosis.

Se supone que el cerebro sano *inhibe* la liberación de dopamina para el movimiento mientras uno duerme. Sin darse cuenta de esto, muchos médicos hacen que sus pacientes con Parkinson espacien la toma de medicamentos durante todo el día, para tener una "cobertura de 24 horas", una cobertura que es biológicamente inapropiada e incluso peligrosa, ya que aumenta el riesgo de sonambulismo, psicosis y alucinaciones. Para comprender mejor cómo actúa en el cerebro cada uno de los medicamentos antiparkinsonianos y los suplementos dopaminérgicos como la *Macuna pruriens* y por qué provocan los conocidos efectos adversos, consulten el libro *Medications of Parkinson's: Once Upon a Pill*. En este libro, también se explica *cuáles* de los medicamentos y suplementos antiparkinsonianos son dopaminérgicos. Por el momento, este libro solo está disponible para descargar.

Tengan en cuenta que: si alguna vez han tomado medicamentos o suplementos antiparkinsonianos dopaminérgicos durante más de unas pocas semanas, es posible que no puedan recuperarse. Lean *Medications of Parkinson's: Once Upon a Pill* para entender por qué.

Las personas que toman medicamentos dopaminérgicos pueden tener dificultades para ser objetivas sobre su propia situación, debido a los efectos de los medicamentos que alteran la mente. Los medicamentos pueden hacer que una persona sea optimista de una forma irreal, incluso ciega. Al fin y al cabo, los medicamentos logran que una persona se sienta extremadamente segura *de forma temporal*, incluso invencible. Es por eso que, en estos últimos párrafos, he sido bastante redundante. Tengo mucha experiencia tratando de entender a una persona que toma medicamentos antiparkinsonianos. Como pueden atestiguar sus cónyuges, no siempre es fácil. Por lo tanto, recomiendo encarecidamente que, si hay alguna persona que esté tomando estos medicamentos y esté contemplando intentar recuperarse, le pida a un amigo o ser querido que *también* lea el libro de

medicamentos. El amigo o ser querido, después de haber leído el libro, puede consultar con el paciente cómo proceder de la forma más segura.

Yo no soy la médica prescriptora. Legalmente, *no puedo* y *no voy* a aconsejarles sobre ningún aspecto de sus medicamentos, incluso si su uso de medicamentos es problemático o no en términos de recuperación.

Las diversas tragedias que detallo en mi libro sobre los medicamentos para el Parkinson, incluidas las muertes por síndrome neuroléptico maligno a causa de una retirada demasiado rápida de los medicamentos y mi incapacidad para ayudar a aliviar los síntomas del parkinsonismo inducido por los medicamentos, sirven para explicar por qué *no* trabajaré con una persona que haya tomado alguna vez los medicamentos durante más de unas pocas semanas.

Y les pido gentilmente, *por favor*, no me envíen mensajes de odio porque ya están tomando medicamentos o porque no hice lo suficiente para que mi trabajo sea reconocido más rápido. Lo siento de corazón. Quiero que sepan que estoy trabajando todo lo que puedo y lo más rápido que puedo, pero procuro ser lo más precisa posible en cada palabra que escribo. Mis observaciones y advertencias sobre los medicamentos han estado disponibles en línea, de forma gratuita, desde 1999.

En cuanto a los que me envían acusaciones de que mi trabajo debe ser falso porque "todos los que reciben un diagnóstico de Parkinson automáticamente toman los medicamentos", esta afirmación es errónea. En gran parte del mundo, se recomienda a las personas que no tomen los medicamentos durante el mayor tiempo posible, ya que los medicamentos dopaminérgicos tienen un *corto* período de efectividad (de 2 a 10 años). Cuanto más alta es la dosis, antes comienza la ineficacia y antes aparecen los efectos adversos. Los efectos adversos, en especial, los espasmos discinéticos, pueden ser peores y mucho más dolorosos que los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

En los EE. UU., donde los médicos deben tener cuidado con los pacientes a los que les encantan las demandas, se *recomienda* a las personas con EP empezar a tomar medicamentos de inmediato, a pesar de los peligros y del *hecho* demostrado de que los medicamentos aceleran el empeoramiento de los síntomas de la EP. Aun así, muchas personas en los EE. UU., investigan y deciden retrasar la toma de los medicamentos el mayor tiempo posible. [26]

---

[26] Consulten: "*Levodopa and the Progression of Parkinson's Disease*" (Levodopa y la evolución de la enfermedad de Parkinson), *New England Journal of Medicine*, Janice Walton-Hadlock, vol. 352, n.º 13, 31 de marzo de 2005, pág. 1380.

El anterior, mi comentario sobre el estudio de la levodopa, fue el primer artículo de un acupuntor no médico publicado en el *New England Journal of Medicine*. Además de mi proyecto de investigación propio y muy pequeño de 5 años sobre medicamentos antiparkinsonianos que me proporcionó la información presentada en *Once Upon a Pill*, *abundan* las pruebas de investigación que confirman que los medicamentos dopaminérgicos son adictivos y causan daño cerebral, daño cerebral del tipo que acelera los síntomas del parkinsonismo inducido por medicamentos.

Hoy en día, los jóvenes aprenden sobre los daños cerebrales provocados por los medicamentos dopaminérgicos en sus clases de salud en la escuela secundaria. Les enseñan que hay una lista de drogas dopaminérgicas, donde se incluye la cocaína, la metanfetamina, la nicotina, el alcohol y los opiáceos, incluida la heroína, además de casi todos los medicamentos antiparkinsonianos, muchos antidepresivos y ansiolíticos y muchos analgésicos de venta con receta. Se puede hacer una búsqueda en línea de términos como "daño cerebral, dopamina, L-dopa".

Cualquier medicamento que eleve las cantidades de dopamina 1) causará una adicción y 2) provocará cambios cerebrales, incluidos cambios que pueden acabar provocando parkinsonismo inducido por medicamentos… independientemente de lo que les diga su médico o su neurólogo, que puede tener buenas intenciones, pero estar mal informado. Si su médico les dice que los medicamentos no tienen efectos secundarios duraderos, que son seguros o incluso, lo cual es incorrecto, que los medicamentos *ralentizan* la evolución del Parkinson, está equivocado. Investíguenlo en internet.

Asegúrense de visitar sitios web que compartan informes de investigación imparciales, *no* sitios financiados por empresas farmacéuticas o programas que se *presenten* como grandes organizaciones sin fines de lucro, pero que en realidad venden o realizan pruebas para las empresas farmacéuticas. Si un sitio web o programa presenta de manera constante "investigaciones" que demuestran que los medicamentos son seguros o no tienen efectos secundarios peligrosos, y en especial si el sitio presenta "investigaciones" que afirman que las personas con Parkinson deben comenzar a tomar los medicamentos lo antes posible después del diagnóstico, podrían investigar la fuente de financiación del sitio de "investigación", incluso si afirma ser una organización altruista, muy respetada, de nivel nacional y sin fines de lucro. Algunos programas de análisis de medicamentos incluso se certifican y se promocionan como empresas de investigación *sin fines de lucro* y no revelan que sus principales "donantes" son empresas farmacéuticas. Las empresas farmacéuticas pueden pagar mucho dinero a estas empresas "sin fines de lucro" para que realicen las pruebas exigidas a nivel nacional para la aprobación de medicamentos. Por supuesto, es *posible* que estas empresas incluso reciban pagos o se vean tentadas a sesgar los resultados de su investigación. Las pruebas podrían incluso (repito, estoy siendo cuidadosa con mis palabras y no voy a dar nombres) realizarse en pacientes ingenuos que piensan que están participando en la "investigación básica" de una organización sin fines de lucro que busca una cura genuina, cuando lo que el programa está haciendo en realidad es cumplir con los requisitos de pruebas exigidos por el gobierno federal a una empresa farmacéutica.

Capítulo siete

Requisito 3: estar dispuesto y ser capaz de desactivar la pausa autoinducida

Los cuatro métodos para desactivar el flujo de corrientes eléctricas de tipo pausa, y recuperarse así del Parkinson, son métodos que puede realizar uno mismo o, en los casos de EP *solo* tipo II, *solo* tipo III o *solo* tipo IV a raíz de *solo* una lesión física o traumatismo físico sin curar, con la ayuda de un amigo o familiar. No es necesario que el amigo tenga formación alguna en el campo de la medicina, pero debe tener paciencia para aplicar las técnicas de sujeción muy sencillas del Yin Tui Na.

Sin embargo, una persona con EP tipo I, que se sometía a una pausa autoinducida, lo hacía por su cuenta, en privado. En los casos que he visto, la desactivación suele ser también un proceso profundamente personal y privado. Debe hacerse de forma consciente y voluntaria. La ayuda externa ha sido ineficaz o tal vez incluso contraproducente, quizá porque mientras el paciente pueda anticipar que el terapeuta de algún modo hará el trabajo o incluso le dará ánimos o consejos agradables, tenderá a *no* eliminar los comportamientos actitudinales que crearon la pausa autoinducida. Muy a menudo, el paciente tiene que llegar a un estado de desesperación, a "tocar fondo", antes de esforzarse lo suficiente y con la constancia necesaria para desactivar con éxito su mentalidad que induce la pausa.

Obtener ayuda profesional

Por lo que he visto, la ayuda profesional no es necesaria ni útil.[27]

[27] La gente suele preguntar si la ayuda profesional para desactivar la pausa es similar a la que algunas personas reciben para tratar el trastorno de estrés postraumático o TEPT. No.

Se suele considerar que una persona con TEPT está en "estado de shock", es decir, en modo simpático. Desde el punto de vista biológico, su cuerpo está en un bucle sin fin a través del modo neurológico de reacción de alarma: en modo *simpático*, *no* en modo de pausa. Una persona con TEPT *podría* beneficiarse de la ayuda profesional para encontrar la manera de salir de este modo de shock. Por otra parte, es difícil mejorar, incluso con ayuda profesional. Esto se debe a que, en muchos casos, una persona a la que le diagnosticaron TEPT, en realidad, está atascada en el modo de pausa, no en el modo simpático. Y la pausa es un estado que la mayoría de los profesionales médicos ni siquiera conocen.

Un colega mío dirige una clínica gratuita para personas con TEPT, en la cual les enseña a desactivar la pausa biológica, no autoinducida. Los resultados han sido tan rápidos y trascendentales que los médicos de la clínica local de la Administración de Veteranos han estado visitando su clínica para ver lo que está haciendo. Un terapeuta comentó: "En una hora, los pacientes que aplican las técnicas que usted les ha enseñado se han recuperado por completo. Llevo años trabajando con ellos, sin lograr ningún resultado". Sin embargo, hasta que este modo neurológico no reciba un reconocimiento más amplio, no veremos a muchos médicos que quieran aprender sobre este o que muestren interés por cómo las personas pueden ayudarse a sí mismas a salir de este.

La mayoría de las personas que experimentan una lesión cercana a la muerte o que se someten a anestesia total (que, por cierto, induce el modo de pausa, no el sueño) *no* necesitan ayuda profesional ni asesoramiento para salir de su estado temporal de rigidez y/o inmovilidad, o incluso de coma.

La terapia profesional para salir de la pausa o de la pausa autoinducida no existe. No existe ninguna profesión capacitada para ayudar a las personas a realizar este proceso, que *suele* ser automático.

A los terapeutas, psicólogos, acupuntores y médicos *no* se les enseña el modo de pausa. *No* están capacitados sobre los sencillos pasos necesarios para salir de la pausa biológica si una persona se queda atascada en ella. Tampoco están capacitados para tratar la pausa *autoinducida* y la disociación *autoinducida*. No se les enseña nada sobre el modo de pausa porque, desde el punto de vista de la medicina occidental, no existe tal cosa. Desde el punto de vista de la medicina china, el Qi de los canales es una superstición histórica. Se considera que los libros antiguos que hacían alusión al Qi de los canales *o* a las cuatro fases (modos) carecen de valor en la medicina occidental.

Muchas, tal vez la mayoría, de las personas con Parkinson tipo I aún tienen dentro *de sí* la concentración mental y la determinación para hacer el trabajo que desactiva la pausa autoinducida. Si una persona que utiliza la pausa autoinducida o la disociación autoinducida que está causando un flujo del Qi de los canales similar a la pausa *quiere* desactivarla, *debe* tener dentro de sí la capacidad de circunspección, una gran concentración mental y la capacidad para la entrega emocional que se necesita para cambiar algunos de sus patrones de pensamiento impulsados por la pausa. Y tiene que hacerlo por su cuenta.

Por otra parte, si una persona *solo* tiene Parkinson tipo II, III o IV, *podría* ser capaz de recuperarse aunque *no pueda* entender la teoría de este libro. En estos casos, un amigo podría proporcionar apoyo práctico para las lesiones utilizando Yin Tui Na simple o acompañando al paciente a través de los cinco pasos de recuperación de la pausa biológica, según sea necesario. Estas terapias podrían ayudar al paciente a volver a asociarse con la lesión olvidada hace tiempo o a desactivar la pausa biológica, *aunque* el paciente no recuerde la lesión o sea algo ajeno a la teoría del tratamiento subyacente.

Por favor, cure a mi abuelo

Muchas personas se han puesto en contacto conmigo porque a uno de sus padres o a un ser querido muy anciano les han diagnosticado Parkinson y probablemente tienen el tipo I, pero no muestran ningún interés, o incluso ninguna comprensión, en cambiar su forma de pensar al hacer los ejercicios mentales autodirigidos sobre los que leerán en los próximos capítulos, y mucho menos en dejar de lado el monólogo interno constante, cauteloso, tal vez incluso negativo y sentencioso, que se ha convertido en una forma de vida.

He recibido muchos correos electrónicos que decían algo así como: "¿Puede explicarle a mi padre anciano por qué tiene que esforzarse en recuperarse?".

Mi respuesta es siempre un no, con respeto.

El modo de pausa se activa o se desactiva. El cuerpo está *diseñado* para poder desactivar la pausa. *Por lo general*, el proceso funciona de manera correcta. En cuanto al modo simpático, el cuerpo *no* tiene una secuencia biológica específica para solucionar el uso excesivo del modo simpático. De ahí surge la necesidad de recibir orientación, meditación y otras ayudas para reducir los niveles excesivos de reacción de alerta que experimentan algunas personas con TEPT. Y no, las técnicas para "despertar al tigre interior" ("waking the tiger"), como dice el Dr. Peter Levine, no desactivan la pausa. Su trabajo se centra en personas que se han quedado atascadas en el modo *pre*simpático, lo que llamamos un "ciervo paralizado ante los faros": parálisis física o emocional *previa a la acción*.

Por favor, que no cunda el pánico ante la idea de que la recuperación no es para todo el mundo. Es muy probable que las personas muy mayores con enfermedad de Parkinson de aparición reciente que no tengan ningún interés en recuperarse puedan mantener una calidad de vida decente durante los años de vida que les quedan. Incluso si toma medicamentos, si lo hace con mucha, mucha precaución, la persona puede seguir teniendo una gran calidad de vida, aunque mentalmente ya no será la persona que conocían y querían debido a la naturaleza de los medicamentos que causa alteraciones en la mente. En definitiva, la manera de *actuar* de los medicamentos es a través de la alteración de las percepciones mentales, las motivaciones y la personalidad.

Recomiendo el libro *Medications of Parkinson's: Once Upon a Pill* para entender lo que significa la palabra "con precaución" en el párrafo anterior, y para aprender a determinar si una persona está sobremedicada o inframedicada, y qué cambios de dosis podría necesitar un ser querido para tener la mejor calidad de vida posible sin recuperarse. Lo más probable es que su médico *no* les haya enseñado a ayudarlo de forma segura.

Cure a mi marido

Una mujer de la zona trajo a mi consultorio a su marido con Parkinson en una fase relativamente inicial. Insistía en que tenía que "curarlo". Había oído hablar de mi trabajo a través de la prensa local. Ninguno de los dos había leído el material gratuito en línea, a pesar de que se les había pedido que lo hicieran cuando ella reservó la cita.

Hice una evaluación completa y coincidí fácilmente con el diagnóstico de Parkinson de su médico. Le expliqué un poco en qué consistía la recuperación y le pedí que, por favor, se fuera a su casa y leyera el material en línea para ver si le interesaba la recuperación.

Él respondió con mucha tranquilidad: "No. Soy la única persona que queda de mi familia. Todos en mi familia mueren a los 65 años. Ya tengo 79 años. Mis padres han muerto; mis hermanos han muerto. Yo ya debería haber muerto. No quiero que eso cambie. Estoy listo para morir. Mi esposa me hizo venir, pero no me molesta tener Parkinson".

Su esposa se enfureció… conmigo.

Me exigió que empezara a tratarlo allí mismo.

Está claro que no entendió nada de lo que le dije sobre la necesidad de que él mismo hiciese el trabajo. El hombre, en cambio, parecía entenderlo perfectamente. Tan solo no le interesaba. Luego, cambió de tono y explicó que *ella* necesitaba que él no tuviera Parkinson.

Le dije al hombre que lo entendía perfectamente y que si alguna vez tenía alguna duda me llamara. Los acompañé a la salida.

Muchas veces, he oído decir a personas angustiadas que un ser querido ha echado un vistazo al sitio web PDrecovery.org y rápidamente ha dicho algo así como: "Estuve expuesto a sustancias químicas nocivas hace muchos años, así que es probable que tenga parkinsonismo inducido por toxinas. Sé que no puedo recuperarme, así que no quiero perder el tiempo con esto".

Tengan en cuenta que vivir en pausa puede hacer que una persona acabe desconfiando y temiendo todo, incluidos los cambios, e incluso la posibilidad de recuperarse.

Además, algunas personas me han dicho que preferirían ser víctimas inocentes de un síndrome cruel y aleatorio como el parkinsonismo inducido por toxinas antes que

considerar la posibilidad de que sus propias acciones mentales, por comprensibles e incluso necesarias que fueran en ese momento, pudieran haber desempeñado un papel en su síndrome, o que incluso *considerar* que en su propio caso la enfermedad de Parkinson pudiera tener un componente mental.

Me han dicho, enfadados, que he arruinado la vida de la gente con mis hipótesis: "El Parkinson solía ser una enfermedad respetable. La gente sentía lástima por mí porque tenía Parkinson sin ninguna razón. Ahora, haces que parezca que todo es culpa mía por tener Parkinson porque es un trastorno mental". Y "Mi cónyuge me culpa ahora de haberme causado mi propia enfermedad de Parkinson".

También he recibido correos de profesionales de la salud enfadados que afirman que mi trabajo "culpa a la víctima".

Y luego están las personas que me hacen saber, después de haber respondido a sus correos electrónicos repletos de preguntas, que han decidido que no quieren intentar recuperarse. En su lugar, planean tomar medicamentos porque necesitan ocultar sus síntomas de inmediato. "Parece que la recuperación puede llevar demasiado tiempo. No puedo dejar que nadie en el trabajo sepa que tengo una enfermedad degenerativa". A veces, también dicen algo como: "Si la gente se entera de que tengo una enfermedad degenerativa,

…ya no confiarán en mí".

…ya no creerán en mí".

…ya no me admirarán".

Puede que se trate de suposiciones erróneas, basadas en toda una vida de desconfianza y en la falsa idea, muy frecuente en las personas con EP tipo I, de que una persona tiene que ser casi perfecta o, al menos, no mostrar "debilidades" para mantenerse a salvo, no defraudar a los demás o ser considerada una "buena persona".

Por otra parte, si una persona sabe que perderá su trabajo si el jefe sospecha que padece una enfermedad degenerativa, debe hacer lo que más le convenga.

De nuevo, nunca presionaré a nadie para que intente recuperarse.

Si una persona con enfermedad de Parkinson tipo I a raíz de una pausa autoinducida no está interesada o mentalmente no es capaz de trabajar de forma constante en la creación de algunos hábitos de pensamiento nuevos y muy específicos, hábitos que estimularán el cuerpo estriado y el tálamo de forma directa y que terminarán desactivando la pausa, es probable que *no* sea capaz de recuperarse del Parkinson tipo I.

En cuanto a la recuperación de los otros tres tipos, *siempre que* se haya descartado la posibilidad de la EP tipo I, no debería causar ningún daño hacer Yin Tui Na, terapia craneosacral o los cinco pasos, lo que sea necesario, con una persona, aunque *no* entienda la teoría.

Capítulo ocho

En busca de respuestas

Para responder a algunas de las siguientes preguntas más frecuentes, en este capítulo, se comentará sobre el enfoque que adopté, las preguntas que *yo* me planteé y las hipótesis que desarrollé después de que mis *primeros* pacientes se recuperaran fácilmente, pero los síntomas del siguiente grupo de pacientes parecían responder de forma diferente al mismo tratamiento.

Después de haber visto a varias decenas de pacientes con Parkinson, mi mayor pregunta era la siguiente: "¿por qué *algunos* de mis pacientes se han recuperado del Parkinson en respuesta a una simple terapia de sujeción de apoyo para lesiones antiguas, sin curar, mientras que la *mayoría* de mis pacientes con Parkinson ha tenido *alteraciones* claras, tanto mentales como físicas, en respuesta a la misma terapia, pero *no* se han recuperado?".

Deberé retroceder un poco.

Finales de 1990

Poco después de que mi primer paciente con Parkinson se recuperara de forma inesperada, otros dos pacientes con EP se recuperaron en respuesta al mismo tratamiento, muy sencillo y que cualquiera puede hacer, que había utilizado con mi primer paciente recuperado. Había utilizado en sus pies, que era evidente que estaban lesionados, una técnica llamada Yin Tui Na, un tratamiento de sujeción de la medicina china que debe emplearse para una lesión disociada y sin curar.[28]

En aquel momento, no sospechaba que podría haber cuatro tipos de Parkinson.

Resulta que este tipo de tratamiento funciona *solo* para las personas con tipo II y *podría* ser parte del tratamiento para las personas con Parkinson tipo IV. No tenía ni idea, en aquel momento, de que mis pacientes que se recuperaban con tanta facilidad tenían EP tipo II o tipo IV. Como ya se ha mencionado, la mayoría de las personas con Parkinson padecen *ambos* tipos, el tipo I y el tipo II.

---

[28] La mayoría de los acupuntores *no* aprenden Yin Tui Na en la facultad. Las clases de Tui Na suelen ser clases optativas, no obligatorias. No solo eso, si una facultad ofrece una clase de Tui Na, casi siempre se trata de *Yang* Tui Na, un tipo de técnica de manipulación física que, en términos de fuerza e intención, es casi lo opuesto al *Yin* Tui Na.

Por ejemplo, el *Yang* Tui Na se utiliza para volver a colocar en la cavidad del hombro un hueso del brazo que se ha dislocado recientemente y causa dolor. La técnica *Yin* Tui Na es más delicada. Se utiliza para tratar lesiones que el clásico libro chino sobre Tui Na describe como "antiguas, olvidadas e indoloras", lesiones a las que hoy podríamos referirnos en español como "disociadas". El tratamiento Yin Tui Na puede consistir en sujetar firmemente una articulación desplazada o una parte del cuerpo lesionada hasta que el cuerpo se relaje en el área de modo que las partes dañadas o desplazadas puedan volver a acomodarse o realinearse.

En mi limitada experiencia, he visto que muchos acupuntores de China se niegan a hacer *cualquier* tipo de Tui Na o terapia práctica, aunque la hayan estudiado en la facultad. En China, la acupuntura se considera más culta que las técnicas prácticas modestas. Y si un médico solo inserta agujas y *no* utiliza técnicas prácticas, puede tratar (y cobrar) a más pacientes por hora.

Después de haber visto a tres personas recuperarse de una enfermedad que, al parecer, es incurable, me sentí completamente desconcertada e intranquila. ¿Los *tres* pacientes con EP habían recibido un diagnóstico erróneo? Si no, ¿era mi responsabilidad moral anunciar que había encontrado un tratamiento eficaz para la enfermedad de Parkinson… aunque no supiera cómo o por qué funcionaba el tratamiento?

Por casualidad y por el boca en boca, varias personas más con Parkinson se pusieron en contacto conmigo para concertar citas. Después de ver que estas personas también se recuperaban del Parkinson, mi grado de angustia se disparó. No podía ser que *todos* hubieran recibido un diagnóstico erróneo. Tenía que hacer algo al respecto. [29]

En aquella época, era una persona muy reservada. Aborrecía la polémica. Aun así, me obligué a asistir al grupo local de apoyo para el Parkinson, donde hice un anuncio muy breve de lo que había visto. Ofrecí a los asistentes con EP unos cuantos tratamientos semanales gratuitos a cambio de que me dejaran examinarles los pies, en busca de lesiones sin curar, y hacerles terapia de sujeción china, si era apropiado.

Doce personas del grupo de apoyo se ofrecieron como voluntarios. Cuando cada una de ellas se reunió conmigo en mi consultorio y les examiné físicamente los pies, todas tenían indicios de lesiones importantes en los pies. Muchas solo recordaban el incidente, o detalles de este, tras algunos tratamientos de Yin Tui Na.

Su grado de disociación era sorprendente. Por ejemplo, podía sentir un desplazamiento óseo grave en el pie izquierdo. Si preguntaba algo como: "¿Fue el pie *izquierdo* el que se lastimó en el incidente del durmiente del ferrocarril?", la respuesta solía ser: "No sé". El resto del diálogo seguía de la siguiente manera:

"¿Fue el pie *derecho*?"

"¡No!"

---

[29] Es posible que la cantidad desproporcionada de personas que se recuperaron de forma rápida y fácil en mis primeros años de investigación sobre la EP y que, en retrospectiva, solo tenían EP tipo II se explique por el hecho de que, en los primeros años de mi práctica de la acupuntura, muchos de mis clientes, si no la mayoría, pertenecían al departamento de música de la universidad local o eran sus amigos y compañeros músicos del área de la Bahía de San Francisco.

En cierto momento, llegué a plantearme la hipótesis de que quizá los artistas de música clásica tenían una determinada ventaja para recuperarse del Parkinson. Me parece que me estaba confundiendo la causa y el efecto. Una persona que está en pausa puede no ser capaz de convertirse en un músico expresivo de alto nivel, porque estar en pausa inhibe la capacidad de sentir las propias emociones, y mucho menos de transmitirlas. Interpretar música a través de un mayor grado de movimientos "automáticos" como expresión del alma, frente a utilizar un mayor grado de movimientos basados en órdenes, es lo que *hace* a un gran intérprete.

Una persona que usa una pausa autoinducida podría ser capaz de componer o interpretar música con el cerebro. Un músico que utiliza la pausa autoinducida puede tener buenas habilidades técnicas, pero puede costarle cada vez más interpretar con empatía música que lo *conmueva*. Por otra parte, es posible que no *entienda* que hay una diferencia entre una interpretación musical *técnicamente* correcta y el tipo de interpretación musical que conmueve a los oyentes o los hace llorar de alegría. Por lo tanto, era poco probable que mis primeros pacientes con EP, que también resultaron ser músicos tradicionales, de formación clásica, con gran éxito y *conmovedores*, se encontraran en una pausa autoinducida. Esta afortunada coincidencia hizo que trabajara primero con personas que padecían EP tipo II y IV fáciles de tratar. Si hubiera empezado con personas con EP tipo I, *nunca* habría visto recuperaciones. Nunca me habría involucrado y obsesionado con lo que se convirtió en el Proyecto de recuperación del Parkinson.

"¿Fue el pie *izquierdo*?"
"No sé".
"¿Fue el pie derecho?"
"No, estoy seguro de que no fue el pie *derecho*".
"¿Entonces fue el pie izquierdo?"
"Ya te dije, no tengo idea qué pie fue".

El tipo de diálogo anterior, sumamente ilógico, no es inusual cuando se intenta obtener información sobre una lesión de la que una persona se ha disociado. *No* se trata de un problema de inteligencia. La mayoría de las personas que padecen enfermedad de Parkinson tienen una inteligencia desproporcionadamente alta. Contaré más información sobre este tema en el capítulo dieciséis.

Por poner otro ejemplo de la disociación extrema de las lesiones en mis pacientes, cuando intentaba averiguar si la lesión disociada principal estaba en el lado izquierdo o en el derecho y sospechaba que estaba en el izquierdo, le pedía al paciente que levantara el brazo *izquierdo*. Inevitablemente, el paciente miraría el brazo del *lado derecho*, que según su mente estaba sano, porque era el brazo que sabía que existía. Entonces sacudía despacio la cabeza como diciendo: "No, ese no", y luego levantaba vacilante "el otro", el de la lesión.

Si 30 minutos más tarde le pedía que levantara el brazo *derecho*, el del lado del cuerpo del que *no* estaba disociado, este se levantaba como un rayo. Con respecto a todo el lado del cuerpo que tenía la disociación, era como si el paciente no supiera realmente que estaba ahí, así que solo podía darse cuenta cómo levantar el brazo del lado disociado cuando miraba el único brazo que *formaba* parte de su cuerpo de forma consciente, reconocer que no era el que yo le había pedido que levantara y, entonces, hacer la única opción que le quedaba: el otro brazo, el brazo que no reconocía porque no era consciente realmente de todo ese lado de su cuerpo. Esta era una herramienta *muy* útil para averiguar de forma rápida qué lado del cuerpo de un paciente con EP tenía la disociación más grave.

Nace un proyecto

Más o menos al mismo tiempo que reclutaba voluntarios, algunos colegas y amigos me ayudaron a crear el Proyecto de recuperación del Parkinson, sin fines de lucro, cuyo sitio web es www.PDrecovery.org. El sitio web era originalmente un lugar para compartir mis observaciones con otros especialistas de medicina china y preguntarles si podían replicar mis hallazgos: un "llamado a la replicación".

Algunos pudieron. La mayoría no. De nuevo, en ese momento no tenía ni idea de que había cuatro tipos de Parkinson, cada uno de los cuales debe tratarse de una forma específica.

También tuve que publicar en el sitio web instrucciones para el arte bastante desconocido del Yin Tui Na. Esta fue la primera versión de lo que hoy es un libro: *Yin Tui Na: Hands-on Therapy for Traumatic Injury*. Como ya he señalado, desde el inicio de mi investigación, todos mis escritos relacionados con la recuperación del Parkinson pueden descargarse de forma gratuita en este sitio web.

Un llamado a la replicación

Me han preguntado muchas veces si tengo formación en medicina "real", si mi investigación es "científica" y/o si sé lo que constituye una investigación legítima. También

me han preguntado si los acupuntores necesitan asistir a una o dos clases antes de empezar a pinchar a la gente con agujas. Buenas preguntas, todas.

En primer lugar, en los EE. UU., la acupuntura se ha regulado estado por estado. Sin embargo, esto está cambiando. A partir de 2019, la concesión de licencias ha ido avanzando lentamente hacia un modelo nacional. Por ejemplo, en 2020, un acupuntor debe tener una licencia de California para ejercer en California, pero *también* debe tener una licencia nacional si realiza trabajos para el sistema nacional de Medicare (seguro médico para mayores de 65 años).

En California, un acupuntor debe cursar la misma cantidad de años de estudios de posgrado que un médico. Estudiamos la medicina china, así como la teoría de la medicina occidental, los signos de alarma y la farmacología occidental. Tenemos que pasar casi 1000 horas de prácticas y aprobar un riguroso examen antes de poder ejercer la medicina. Como se mencionó en el capítulo anterior, en California, un acupuntor licenciado (LAc) se considera un proveedor de atención primaria, autorizado a diagnosticar, recetar y tratar, dentro del campo profesional de la medicina china, y estamos calificados para hacer derivaciones a especialistas occidentales. Actualmente, el título de LAc en la mayoría de los estados tiene el nivel de "maestría". Sin embargo, esto seguirá cambiando hasta el momento en que este libro se publique. En el futuro, un acupuntor tendrá el título de "doctor" en Medicina tradicional china, no una "maestría", y tendrá aún más horas de estudio en su haber.

Tanto un acupuntor como un médico tienen lo que se denomina una "maestría *práctica*", a veces llamada maestría "técnica", lo que significa que se ha aprendido alguna habilidad práctica. Una maestría "académica" significa que se ha seguido alguna cuestión académica. Un título de "doctorado" (PhD) implica que se ha realizado una investigación *y* que esta ha sido redactada y aprobada por un comité de colegas. Un médico alopático que también tiene un doctorado es un MD, PhD. Un acupuntor con un doctorado en acupuntura y medicina oriental en California podría tener el título DAOM (Doctor of Acupuncture and Oriental Medicine) o DTCM (Doctor of Traditional Chinese Medicine) después de su nombre, así como LAc. Sin embargo, las letras están cambiando, ya que varias juntas de estudio están trabajando en nuevos formatos para estandarizar las credenciales de acupuntura en todo los Estados Unidos.

Por otra parte, en la mayoría de las facultades de medicina europeas, se suele exigir a los estudiantes que realicen un proyecto de investigación, aunque no al nivel de un doctorado. Las facultades de medicina de los EE. UU. *no* obligan a los estudiantes a participar en investigaciones. Creo que esto podría explicar la tendencia de los médicos estadounidenses a ser menos críticos con la investigación y a aceptarla sin más. *Investigar* de verdad hace que una persona se dé cuenta de que a menudo los resultados de la investigación no son precisos ni significativos, y de lo fácil que es sesgar los resultados publicados a favor del resultado deseado.

Retomando el tema de mi educación, después de obtener una maestría en medicina china "tradicional" (moderna) y mi licencia, continué mis estudios y obtuve también un doctorado.

En segundo lugar, con respecto a la investigación, lo que escribo en este libro está dirigido principalmente a las personas con Parkinson, incluidas aquellas que pueden *no* tener grandes conocimientos de ciencia/investigación. Por lo tanto, voy a incluir algunos

datos sobre el tema de la investigación y el "método científico" en los próximos capítulos, para responder a las preguntas que he recibido.

Un "llamado a la replicación" es una parte importante de la investigación *cualitativa*: ¿qué sucede en respuesta a un tratamiento?, ¿se puede replicar el resultado?, ¿podemos aislar las variables? Esta fase de investigación debe preceder a los estudios *cuantitativos*: grandes estudios que se centran en *cuántos* sujetos son examinados o tratados por *cuántos* médicos. Por ejemplo, una persona puede afirmar que ha obtenido miles de resultados positivos con alguna terapia médica, pero si *nadie más* puede replicar sus resultados, su investigación carece de valor, incluso es sospechosa.

En las primeras fases de cualquier investigación que cambie un paradigma, la pregunta más importante después de encontrar una aparente cura médica para una "enfermedad incurable" es "¿puede otro médico o terapeuta replicar este resultado?". Lo ideal es que la replicación más "transparente" se produzca en un entorno distinto, incluso en un país diferente, y que los investigadores que lleven a cabo la replicación trabajen únicamente a partir de instrucciones impresas, sin haber conocido ni hablado nunca con el investigador original y sin tener un interés económico o personal en el éxito de la investigación.

Estudios controlados: estudios con enmascaramiento simple y doble

Un estudio controlado es aquel en el que algunos pacientes reciben tratamiento mientras que otros no, o reciben tratamiento con placebo.

Un estudio con doble enmascaramiento es un estudio en el que ni los pacientes ni los médicos saben quién recibe la terapia real y quién un tratamiento simulado o un placebo. Aunque algunas personas creen que el nivel más alto de prueba científica cualitativa para *toda* investigación médica tiene que ser el estudio con doble enmascaramiento, los estudios con doble enmascaramiento se utilizan más a menudo para probar la seguridad y la eficacia de los medicamentos o para probar intervenciones quirúrgicas que para investigar patologías físicas o trastornos psicológicos.

Muchos estudios en los que se realizan cirugías u otras intervenciones simuladas son con enmascaramiento simple, es decir, el paciente no sabe si está recibiendo el tratamiento real o no, pero algún médico del sistema tiene que saberlo. Por ejemplo, el médico que realizó la intervención sabe lo que hizo. A veces, el médico que realiza la cirugía simulada no es el mismo que realiza la evaluación, lo que hace que el proceso se parezca más a un estudio con doble enmascaramiento. Pero incluso en estos casos podría no darse un doble enmascaramiento perfecto.

El objetivo de un estudio con doble enmascaramiento es *aislar* un proceso químico, mecánico o biológico y eliminar cualquier posible influencia de las actitudes mentales de los pacientes o los médicos. En los casos en que una actitud mental *es* el problema predominante, un estudio con doble enmascaramiento podría no tener sentido. Incluso podría dar lugar a que la persona con el tratamiento *simulado* tuviera una respuesta *superior* en comparación con las personas que recibieron el tratamiento real, como suele ocurrir en los estudios de investigación en personas con enfermedad de Parkinson.

Estudios de cohortes

Algunas personas piensan que los estudios de cohortes (estudios con cientos o incluso miles de sujetos con más o menos el mismo problema) son los que tienen más valor.

Muchos estudios de cohortes muy útiles *no* muestran necesariamente que todos obtengan el mismo resultado. Por ejemplo, en los estudios de cohortes de algunos medicamentos contra el cáncer, una mejora de los resultados incluso en un porcentaje muy pequeño de los sujetos (el 4 % o el 5 %) podría bastar para que un medicamento fuera aprobado como potencialmente útil.

Pero para cada individuo, lo que más importa es su propio resultado. El hecho de que un beneficio aparezca en el 5 % de las personas de una cohorte, o en el 95 %, no representa una predicción para un individuo concreto.

En el caso de síndromes como las migrañas, la diabetes o el Parkinson, en los que los investigadores a veces no tienen en cuenta el hecho de que las personas pueden presentar síntomas similares, pero tener diferentes *causas* subyacentes, los resultados de los estudios de cohortes pueden carecer de sentido, e incluso ser *engañosos*.

Terapias psicológicas y físicas

A veces, los estudios con doble enmascaramiento e incluso con simple no son posibles. Con terapias de reentrenamiento psicológico o terapias prácticas como Tui Na, tanto el médico o el terapeuta como el paciente deben ser conscientes de lo que está ocurriendo.

Esto significa que los estudios con doble enmascaramiento no pueden utilizarse para probar la eficacia de una terapia psicológica con participación del paciente: una persona no puede realizar ejercicios mentales que la ayuden a cambiar la mentalidad sin saber que está haciendo esos ejercicios. Del mismo modo, un médico o un terapeuta no puede enseñar a una persona nuevas habilidades cognitivas sin saber si le está enseñando o no habilidades cognitivas. Y aunque un evaluador final no sepa a quién se le enseñaron las terapias y a quién no, el paciente sabe lo que se ha hecho o no a sí mismo.

Lo mismo ocurre con las terapias prácticas.

Y la mera sustitución de las terapias físicas por un lugar "simulado" no funciona. A veces, el beneficio de la fisioterapia puede tener tanto que ver con los cambios psicológicos que se producen al ser tocado, y punto, como con el *lugar* donde se toca.

Repito, en general, los estudios con doble y simple enmascaramiento *no* son muy utilizados para los síndromes que tienen un componente mental, sobre todo aquellos que se tratan mediante terapia de conversación o terapias de tipo cognitivo frente a la farmacoterapia. La pausa autoinducida, la disociación y la disociación autoinducida se consideran componentes mentales.

Un modelo que ahora es ampliamente aceptado para la investigación psicológica es el "caso práctico único". En un capítulo posterior, se analizará la creciente importancia y la aceptación del caso práctico único para desarrollar estrategias de tratamiento no farmacológico de problemas que tienen un componente mental.

Volviendo al tema de mi incipiente proyecto de investigación, inicié el sitio web como un llamado a la replicación: el primer paso para el tipo de investigación en el que me estaba adentrando.

Más investigación

Como ya he mencionado, a finales de la década de 1990, inicié un pequeño proyecto de investigación cualitativa en la facultad local de acupuntura donde doy clases. Se ofrecían

tratamientos semanales gratuitos de Yin Tui Na a personas con Parkinson por parte de estudiantes que estaban cursando una maestría en medicina china.

Pronto, el boca a boca y el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson atrajeron a más personas con Parkinson a mi consultorio personal. A estas alturas, ya se habían recuperado suficientes personas como para pensar que podía estar en lo cierto, así que les cobraba el tratamiento a mis pacientes con EP más recientes. Seguía manteniendo mis precios lo más bajos posible para ellos. Mis 12 voluntarios originales y los pacientes de la clínica de la facultad de acupuntura seguían recibiendo tratamiento gratuito. Mi mundo se estaba llenando de personas con Parkinson.

Casi todos los pacientes *cambiaron* en respuesta a los tratamientos de Yin Tui Na. Pero para la mayoría de ellos, los cambios extraños, incluso insólitos, en los síntomas y la personalidad, que yo denominaba recuperación *parcial*, estaban muy lejos de la recuperación completa.

Obsesión

Pasé *horas* entrevistando a todos los pacientes con Parkinson con los que trabajé. No me limitaba a fijarme en sus síntomas.

En *cada* sesión semanal de una hora, mientras trataba al paciente con Yin Tui Na, le seguía preguntando sobre su infancia, aficiones, profesiones, preferencias alimentarias, diversiones, actitudes ante la vida y caminos espirituales, si los tenía. Profundizaba en todo lo que me pareciera un poco fuera de lo habitual. Empecé a notar extrañas similitudes en las personalidades y el *tipo* de inteligencia de la *mayoría* de mis pacientes.

Estas similitudes cuadraban con las observaciones de otros médicos del siglo XX que se remontan a la década de 1930. Según estas observaciones, la mayoría de las personas con Parkinson son diferentes, de algún modo, de las "personas normales".

En muchos estudios, a lo largo de los años, se ha examinado e intentado definir lo que los investigadores occidentales del Parkinson denominan la "personalidad parkinsoniana". La lista de rasgos puede incluso variar un poco de un teórico a otro. No existe consenso sobre si la personalidad está o no relacionada con la *causa* subyacente del Parkinson o es el *resultado* de la EP.

También noté muchos comportamientos mentales inexplicables. Por ejemplo, la mayoría de mis pacientes con EP mostraron una respuesta a las terapias tradicionales de relajación mental o antidepresión que se realizaron ellos mismos exactamente opuesta a la habitual. Se supone que las autoterapias como la meditación, el Qi Gong, los cánticos, las afirmaciones o los diversos tipos de terapia cognitivo-conductual *reducen* el uso del modo simpático y, por tanto, *aumentan automáticamente* el uso del modo parasimpático.

Por otra parte, aunque algunos profesionales médicos hablan como si una persona estuviera en modo simpático puro o en modo parasimpático puro, las personas casi siempre utilizan una combinación de estos dos modos. En un momento dado, una persona se encuentra en algún punto del espectro. En un extremo del espectro, se encuentran el grado alto del modo parasimpático y el grado bajo del modo simpático. En el otro extremo, se encuentran el grado alto del modo simpático y el grado bajo del modo parasimpático. Estamos en constante movimiento a lo largo de este espectro, en función de nuestros niveles de estrés y de nuestros pensamientos en cada momento.

La mayoría de mis pacientes *no* tuvieron las respuestas que se esperan en estas terapias. No se aproximaron al modo parasimpático, para nada. Por el contrario, gracias a

estas terapias, se volvieron más propensos a caer en un profundo estado de entumecimiento. Una vez más, *no* experimentaron la alegría, el alivio y el movimiento automático espontáneo esperados, que se asocian al modo parasimpático. Y en casi todos los casos, aunque la persona *pudiera* moverse con más facilidad después de una sesión de una hora de técnicas de relajación leve, dicha mejora solo duraba hasta el siguiente pensamiento negativo del paciente, que podría ser unos minutos o unos días después. Después de eso, los síntomas podrían ser incluso *peores* que antes.

En comparación con el público en general, lo que parecía un porcentaje desproporcionadamente alto de mis pacientes había pasado mucho tiempo, quizá décadas, practicando meditación, oraciones aprobadas por la iglesia, yoga, Tai Ji o Qi Gong. Casi todos dijeron que nunca o casi nunca sentían alegría al practicarlos. Era más bien un trabajo o un deber, algo que los ayudaba a sentirse mentalmente virtuosos o "tranquilos", es decir, muertos en vida o entumecidos. Pero la inmensa alegría o paz interior de la meditación o de otras prácticas espirituales o energéticas nunca habían aparecido, o solo lo habían hecho de forma fugaz.

La mayoría de estos pacientes solían pensar que el estado de entumecimiento profundo era algo bueno. Muy a menudo, entumecerse más *hacía* que se ralenticen o se detuvieran de forma temporal sus temblores. Pero era evidente que el entumecimiento y la reducción *transitoria* de los síntomas, si los había, no estaban relacionados con ninguna mejora a largo plazo. De hecho, a medida que mis pacientes mejoraban al hacer los ejercicios que les recomendaba para desactivar el modo simpático (el objetivo típico de la mayoría de las autoterapias de relajación), mejoraban en la *profundización* de la pausa.

Resulta que en un grado *más profundo* de pausa, más cerca del estado de coma o de sueño, el temblor se calma. Al fin y al cabo, solo cuando el cuerpo dice: "Ahora estoy *alerta* y estable en el interior y, por tanto, listo para salir de la pausa", formula la pregunta, a través del temblor: "Entonces, ¿es seguro el entorno exterior?".

Solo cuando una persona está completamente despierta y alerta, su temblor vuelve a aparecer. En la mayoría de mis pacientes, cuando se dormían *o* experimentaban un adormecimiento más profundo, el temblor que formulaba la pregunta desaparecía. Entonces, aunque la agitación eléctrica en el sacro y el tálamo podía persistir, el temblor *físico* no solía ser visible.

Por otra parte, según sus cónyuges, un porcentaje muy pequeño de mis pacientes con EP *temblaban* incluso mientras dormían, por lo general, mientras soñaban. Pero la mayoría no.

Suposiciones erróneas

Al principio, observé que todos mis pacientes con Parkinson y en pausa presentaban un Qi que circulaba en una extraña dirección, *en retroceso*, en sus canales del estómago, y *ninguno* de los otros pacientes que no padecían Parkinson ni estaban en pausa de mi clínica de acupuntura multiuso presentaba un flujo del canal del estómago en retroceso.

En la medicina china, los canales que fluyen en retroceso, aunque son poco comunes, no es algo extraño. Se dice que fluyen "de manera rebelde". Este estado se

considera incorrecto y poco saludable. Excepto, por supuesto, en el modo de pausa, cuando *es* correcto. Pero no nos enseñan sobre el modo de pausa en la facultad. [30]

Este patrón de flujo eléctrico en retroceso en el canal del estómago que observé en mis pacientes con EP *explicaba* en realidad muchos de los *síntomas* clásicos del Parkinson. Y *si*, en respuesta a la terapia en el pie, el Qi del canal de una persona empezaba a circular en la dirección correcta, es decir, seguía el recorrido que yo había aprendido en la facultad, entonces el Parkinson desaparecía y no volvía nunca más. Al menos, eso es lo que ocurrió en mis primeros pacientes con Parkinson.

Después de ver las primeras recuperaciones del Parkinson, supuse que el truco para recuperarse del Parkinson era corregir el flujo en retroceso de estos canales, el flujo al que me refería en los comienzos como aberración del Qi de los canales provocada por una lesión.

Ciertamente, en todos mis pacientes que se recuperaron por completo, el Qi de sus canales había vuelto a circular con normalidad. No sospechaba que, en la mayoría de los casos de EP, estaba invirtiendo los papeles de causa y efecto. Resulta que el flujo en retroceso del Qi de los canales causa síntomas de EP, *pero* en la mayoría de los pacientes el Qi de los canales *no* se comporta de forma "aberrante". En la mayoría de las personas con Parkinson, estar en pausa es lo que *en realidad* causa el flujo en retroceso. Para la mayoría de los pacientes, el problema es estar *atascado* en un modo neurológico que no debe utilizarse a largo plazo. El flujo en retroceso del Qi de los canales *y* los síntomas resultantes del Parkinson no son más que *efectos secundarios* del uso a largo plazo de circuitos del modo de pausa.

La *mayoría* de mis pacientes más recientes no se recuperaron con la misma rapidez que mis 6 primeros pacientes con Parkinson. Supuse que se debía a que todos los pacientes nuevos tomaban medicamentos antiparkinsonianos. Ninguno de mis primeros pacientes había tomado nunca esos medicamentos.

En 2003, después de que dejé de trabajar con pacientes que alguna vez habían tomado medicamentos antiparkinsonianos, por las razones mencionadas en el capítulo seis, supuse que cualquier paciente nuevo no medicado se recuperaría de la misma manera sencilla que lo habían hecho mis primeros pacientes con Parkinson.

Pero la mayoría de mis nuevos pacientes que no habían tomado medicamentos *no* se recuperaron por completo. Como respuesta a la curación de sus lesiones en los pies, la mayoría de ellos experimentaron cambios notables en su personalidad y sus síntomas, al igual que muchos de los pacientes medicados. Algunos de los nuevos síntomas y cambios de personalidad eran extraños. Lo más extraño de todo era que, una vez curada la lesión en el pie, el Qi de los canales seguía circulando en retroceso en las piernas… a veces. Cuando

[30] En algunas publicaciones británicas, el Qi de los canales *rebelde* se denomina Qi contracorriente o retrógrado. Prefiero el término rebelde, una traducción más apropiada del chino. Durante miles de años, el sistema político chino ha considerado la rebelión como *la* mayor amenaza para la paz y la armonía cívicas.

Utilizar la palabra rebelde para referirse al Qi de loa canales que circula en retroceso indica lo *grave* que puede ser este estado. El Qi de los canales rebelde no solo impide una fisiología correcta en las inmediaciones del bloqueo que causa el flujo en retroceso. Al igual que la rebelión política, el Qi de los canales que fluye en retroceso puede acabar derribando todo el sistema.

una persona tiene corrientes que circulan en retroceso debido a una lesión que bloquea los canales, el Qi de los canales debería circular en retroceso *todo* el tiempo.

Demasiado optimista, llamé a este desconcertante conjunto de cambios "recuperación parcial".

En personas con lesiones en los pies ya curadas, personas que era claro que no estaban recuperadas del Parkinson, personas en lo que yo llamaba "recuperación parcial", descubrí que normalmente podía hacer que el Qi de sus canales fuera en una dirección u otra con algo tan inocuo como contar un chiste. Mientras contaba el chiste, el Qi del canal del estómago circulaba de manera correcta. Cuando terminaba el chiste, si decía algo apenas negativo como "Ay, no…", el Qi del canal del estómago volvía a circular en retroceso de inmediato.

La teoría de la medicina china en relación con los componentes psicológicos

Desde la perspectiva de la medicina china, esta rápida variabilidad en el flujo del Qi de los canales en respuesta a los pensamientos solo debería producirse si el síndrome tiene un componente mental/emocional. Los síntomas con una variabilidad grande o rápida en la ubicación y la gravedad se denominan causados por el "*estancamiento del Qi* ". Se considera que los síntomas atribuidos al estancamiento del Qi tienen un componente mental/emocional.

Aunque muchos médicos occidentales descartan los síntomas mentales como "meramente" psicológicos, los médicos de la medicina china reconocen que muchas, si no la mayoría, de las enfermedades tienen algún grado de componente mental… y estos merecen y necesitan tratamiento al igual que los componentes físicos.

Por otra parte, el estancamiento del Qi es una especie de término opuesto a la "estasis *sanguínea*". La estasis sanguínea se refiere a un traumatismo *físico*, como un hueso fracturado, una apendicitis o un tendón desgarrado. El dolor provocado por un traumatismo físico o una "lesión" física tiende a quedarse en un solo lugar. Solo disminuye a medida que se cura la lesión.

Sin embargo, incluso un traumatismo puramente físico puede, en algunas personas, causar suficiente angustia como para que surja un componente mental, como la disociación, que puede ralentizar la curación de la lesión. Muy a menudo, una persona con estasis sanguínea también tendrá una cierta cantidad de estancamiento del Qi que también se beneficiará del tratamiento.

La mayoría de las personas con enfermedad de Parkinson idiopática tienen síntomas que aparecen y desaparecen o, al menos, empeoran y disminuyen en respuesta inmediata a pensamientos positivos y negativos. En estos casos, los "pensamientos positivos" son pensamientos esperanzadores, alentadores, de agradecimiento y/o del momento presente. Los "pensamientos negativos" pueden ser de cautela, resentimiento, autocompasión, enfado, etc., los tipos de pensamientos que hacen que uno sienta más miedo o rabia, y que tienden a afligirse por el pasado o a predecir negativamente el futuro.

Una persona con una deficiencia *física* de dopamina debería tener problemas de inmovilidad bastante *constantes*. Esos síntomas de deficiencia de dopamina deben afectar todo el cuerpo y distribuirse por igual en los lados izquierdo y derecho, y deben hacer que la persona esté laxa, no rígida. Este *no* es el caso en la enfermedad de Parkinson idiopática, ya que la rigidez se produce en músculos específicos y la laxitud o debilidad se producen en otros músculos específicos, al igual que lo que ocurre en el modo de pausa. Además, en

la mayoría de los casos de EP, la gravedad de los síntomas varía en función del grado de miedo o confianza que tenga el paciente en cada momento: un componente psicológico.

Una introducción a la recuperación parcial

Los síntomas de recuperación parcial fueron para mí la principal indicación de que *existía* un componente psicológico en el Parkinson, a pesar de las firmes convicciones de las personas con EP de que no había ninguno.

Las personas que antes tenían EP tipo I *y* tipo II, pero que, después de la curación satisfactoria de su(s) lesión(es), siguen teniendo tipo I y *solo* tipo I, aún tienen Parkinson. Están en "recuperación parcial". La recuperación parcial puede ser un tipo muy extraño de Parkinson intermitente: cuando una persona en recuperación parcial es cautelosa, el Qi del canal del estómago circula en retroceso y otros comportamientos de pausa del canal entran en acción. Los síntomas del Parkinson pueden ser mucho peores de lo que eran *antes* de recibir los tratamientos para la lesión sin curar, cuando la persona todavía tenía EP, *tanto* tipo I como tipo II.

Y, sin embargo, en la recuperación parcial, después de que la lesión en el pie se haya curado, *si* la persona se siente temporalmente segura, el Qi del canal *podría* circular con normalidad. Los síntomas del Parkinson pueden remitir o detenerse temporalmente en un grado y con una duración muy superiores a los que tenían *antes* de la curación de la lesión.

Por otra parte, en las personas con EP, aunque el temblor *visible* cese en respuesta a la sensación de seguridad temporal o de estar "más apagado", el temblor interno no se detiene. Cuando por fin se detiene el temblor *interno*, es algo permanente y asombroso. Cuando el temblor interno cesa de verdad, durante la recuperación *completa*, es un acontecimiento con tanta paz y tranquilidad que, durante unos segundos, la gente a veces piensa que debe de haber muerto, aunque siga respirando.

En la recuperación parcial, cuando se siente seguro, el temblor externo visible puede disminuir o detenerse. El paciente puede *decir*: "¡He dejado de temblar!", pero solo se refiere a su temblor visible. Su temblor interno, el temblor en el mesencéfalo y el sacro, continúa. Cuando el temblor *interno* se detiene, puede ser una experiencia gloriosa, permanente y que cambia la vida.

Síntomas intermitentes

Como ejemplo de los síntomas de recuperación parcial intermitentes, tuve un paciente con Parkinson que se volvió a asociar con éxito a una lesión en el pie que había sufrido en su infancia y se curó de ella. Poco después, presumió de que, en un reciente "buen" día, había vuelto a ser capaz de jugar a perseguir a su esposa alrededor de la mesa del comedor.

También me contó que, al día siguiente, un día en el que tenía cita con el dentista, se pasó el día acurrucado en el suelo de la sala de estar en posición fetal, *con mucho dolor*, rígido, temblando, babeando, incapaz de hablar o moverse… hasta que su esposa canceló la cita.

Antes de recibir con éxito el tratamiento Yin Tui Na para su lesión disociada en el pie, sus síntomas de Parkinson eran bastante leves. Siempre podía caminar y cuidar de sí mismo, aunque sus movimientos se estaban volviendo un poco rígidos y lentos. En la recuperación parcial, en sus *malos* días, los síntomas lo debilitaban por completo: un grado

alto de modo de pausa. Este paciente ya no tenía EP tipo I *y* tipo II. Ahora presentaba los comportamientos intermitentes del tipo I *solamente* y *también* la capacidad de acceder al modo parasimpático en ocasiones, en relación con la lesión curada: una combinación confusa.

No aceptar la idea de un componente mental

Los comportamientos del Qi de los canales en mis pacientes en recuperación parcial podían cambiar del flujo parasimpático al flujo de pausa (un cambio *extremo*, desde el punto de vista biológico) en un abrir y cerrar de ojos. Esto me hizo pensar, basándome en la teoría de la medicina china, que había un componente mental implicado. Pero la mayoría de mis pacientes con Parkinson solían considerarse extremadamente lógicos, y, a menudo, *no* se consideraban susceptibles a la sugestión o a las influencias mentales. Así que después de la curación de la lesión en el pie o en el tobillo, *a pesar* de la aparición de fluctuaciones nuevas, rápidas y graves del Qi de los canales en respuesta a pensamientos positivos o negativos, comportamientos que indicaban un componente mental importante, me di cuenta de que el problema *no podía* ser psicológico. Desde luego, mis pacientes insistían en que no lo era.

Desde aquellos primeros días, he recopilado artículos de investigación que demuestran que la mayoría de las personas con Parkinson son *extremadamente* susceptibles a la sugestión y al efecto placebo. Pero, por supuesto, yo no lo sabía al principio de mi investigación. [31]

[31] *Suggestible You* (El Yo sugestible), Erik Vance; Penguin Random House; EE. UU.; 2016. Este libro sobre la sugestionabilidad y el efecto placebo se basa en gran medida en estudios que utilizaron a personas con Parkinson como sujetos de prueba. Desde hace décadas, las personas con enfermedad de Parkinson han sido utilizadas en estudios con placebos porque es muy fácil saber si les afectan o no: si les afectan, pueden pasar de estar rígidos e inmóviles a moverse con cierta normalidad después de haber tomado una simple pastilla de azúcar: una pastilla que les han *dicho* que es un medicamento dopaminérgico. Por lo tanto, los observadores no tienen que pedir la opinión de los pacientes ni adivinar si el placebo funciona o no. Pueden ver *con facilidad* y medir *de manera objetiva* la respuesta al placebo.

Si y *solo* si una persona con Parkinson ya se ha acostumbrado a tomar medicamentos dopaminérgicos y obtiene una respuesta predecible de ellos, *y* si cree que está recibiendo su dosis habitual de medicamentos dopaminérgicos, entonces en respuesta a una pastilla de azúcar normalmente puede moverse como si estuviera medicado. El beneficio de la pastilla de azúcar dura hasta que la persona supone que ha llegado el momento de que el efecto de la medicación desaparezca, como de costumbre. En un estudio con placebo, se demostró que el efecto del placebo era aún mayor en personas con Parkinson a las que se les dijo falsamente que estaban recibiendo una nueva marca de dopamina mucho más *cara* que la de los demás pacientes del estudio. Seguían recibiendo solo pastillas de azúcar, pero el "efecto" duraba más de lo habitual.

Es importante tener en cuenta que, a los pocos días, el beneficio del placebo desaparece porque la persona empieza a transitar el peligroso camino de la abstinencia demasiado rápida y la posible muerte.

Como otro indicio de lo susceptibles que son las personas con EP al efecto placebo, en los primeros grupos de prueba para los implantes de células fetales, se incluyeron a personas que se sometieron a una cirugía simulada y a personas que recibieron implantes reales. A los que se les realizó la cirugía simulada se les practicaron incisiones poco profundas en el cuero cabelludo que se volvieron a coser, y luego se les *dijo* que habían recibido un implante de células fetales, aunque no fuera así.

Muy pocas de las personas que recibieron los implantes obtuvieron buenos resultados. A aquellas que se sometieron a cirugías *simuladas* les fue mucho *mejor*. Todos los participantes estaban tomando medicamentos antiparkinsonianos en ese momento y continuaron haciéndolo después de la cirugía. Un requisito para el experimento era que las personas tuvieran un Parkinson en un estado lo suficientemente avanzado al punto de que sus medicamentos ya no fueran muy efectivos. Un año después de las cirugías de prueba, se comunicó a los participantes del estudio si tenían o no los implantes o si les había realizado una la cirugía simulada. A las personas que obtuvieron los mejores resultados, que incluso volvieron a esquiar o a practicar sus otros deportes favoritos, les costaba creer que solo se habían sometido a una cirugía simulada.

Lamentablemente, la *mayoría* de los pacientes que *habían* recibido implantes de células fetales reales tuvieron resultados desastrosos. Las nuevas células del cerebro habían crecido en todo tipo de tejidos. Algunas de las células fetales se convirtieron en tejido dental, incluso en dientes. Muchas personas que recibieron células fetales presentaron extraños problemas de movimiento, incluida una discinesia tan grave que algunos pacientes tuvieron que permanecer sedados o inmovilizados de forma permanente con correas. Unos años después de este experimento, conocí a uno de los investigadores que había formado parte del equipo que realizó los implantes de células fetales. Había dejado de practicar la medicina occidental a raíz de las desastrosas tragedias infligidas a quienes se habían puesto los implantes, y se había convertido en especialista en fitoterapia. Pero muchas personas que se sometieron a la cirugía *placebo* tuvieron mejoras significativas y duraderas.

Consulten el artículo *Parkinson's Research is Set Back By Failure of Fetal Cell Implants* ("La investigación del Parkinson retrocede por el fracaso de los implantes de células fetales"); *The New York Times*; Gina Kolata; 8 de marzo de 2001.

¿Por qué las personas que se sometieron a una cirugía *simulada* tuvieron tan buenos resultados? Puede que *todas* las personas del estudio se sintieran más afortunadas y, por tanto, relativamente más *seguras* por haber sido seleccionadas para este estudio: un componente mental. Es posible que esta sensación positiva repercutiera en la convicción de los pacientes de la simulación de que se habían sometido a los implantes reales. *Y* las personas que solo se sometieron a una cirugía simulada no presentaban el mismo traumatismo cerebral, daño tisular y sobrecrecimiento de células fetales que las personas que habían recibido los implantes reales. Quizá por eso las personas con cirugías simuladas obtuvieron los mejores resultados, resultados que indican una mejora física duradera.

Muchos de los que solo se habían sometido a cirugías simuladas no creyeron a los médicos cuando se enteraron de que se habían sometido a la simulación. Y se puede ver por qué: si la cirugía simulada les había dado una calidad de vida mucho mejor, la conclusión obvia era que un aspecto significativo de su Parkinson era psicológico. Y nadie con EP, según mi experiencia, desea oír eso jamás, ni en voz alta ni implícitamente.

Los estudios con placebo en sujetos con EP que se comentan en el libro *Suggestible You* son ejemplos de investigaciones que se están llevando a cabo en la medicina occidental y que tienen poderosas aplicaciones para *comprender* lo que ocurre en las personas con Parkinson. Por ejemplo, los altos niveles de sugestionabilidad y los altos niveles de conductas dependientes de las expectativas podrían estar relacionados con un alto nivel de susceptibilidad a las órdenes que uno se da a sí mismo, incluidas aquellas que provocan la pausa autoinducida.

Pero ninguno de los que llevan a cabo estos estudios parece estar buscando aplicaciones específicas para la EP. En estos estudios, los investigadores solo han estado interesados en aprender sobre el efecto placebo, no sobre la EP. Hicieron sus estudios con placebo en pacientes con EP en función de la idea errónea de que todas las personas, con todos los síndromes, responderán a los placebos de la misma manera. Se hizo uso de personas con EP solo porque sus respuestas eran fáciles de observar y medir. De hecho, la eficacia de los placebos depende, en gran medida, de si el problema de salud depende o no de las expectativas, es decir, si tiene un componente mental. La liberación de

Equivocación sobre los modos

Desde el principio, supuse erróneamente que mis pacientes con Parkinson, dado que era obvio que no estaban en un grado significativo del modo parasimpático (sin prejuicios, curiosos y alegres), *debían* estar más que nada en modo simpático. Debido a mi educación occidental, supuse que esos eran los dos únicos modos posibles, pero estaba equivocada. No era así.

Mis pacientes con EP utilizaban una combinación de patrones del Qi de los canales en modo de pausa y en modo simpático, y ambos en *baja* amplitud: niveles de energía *bajos* en función de la cantidad de Qi de los canales que fluye en un cuerpo sano. El cerebro podría estar liberando cantidades enormes de norepinefrina mientras está en el modo de pausa. Esto puede permitir que una persona se sienta extremadamente concentrada e incluso con fuerza física. Sin embargo, en la medida en que se utiliza la pausa, se reduce la *cantidad* real de Qi de los canales que circula por todo el cuerpo. De nuevo, la *cantidad* de Qi de los canales que circula por todo el cuerpo disminuye en la medida en que se utiliza el modo de pausa.

Cuando mis pacientes *disminuyeron* el uso del modo simpático mediante varias técnicas de relajación, como afirmaciones, técnicas de Heartmath o yoga, redujeron de forma temporal el uso del modo simpático y, por lo tanto, *aumentaron* el uso de la pausa. Hay que recordar que sus cuerpos estaban en un espectro con el modo de pausa en un extremo y el modo simpático en el otro. La pausa *inhibe* la cantidad de energía de las ondas que penetra en el cuerpo por la parte posterior del cuello. A medida que estas personas empezaron a utilizar menos el modo simpático y más la pausa, la *cantidad* total de Qi de los canales que fluía por todo el cuerpo disminuyó aún más, lo que refleja un mayor uso del modo de pausa. Estas personas sintieron un aumento agradable, pero temporal, de la calma interna, cercana al sueño o al coma. Sentían que era algo bueno. Pero estaban seguras de que no se estaban acercando al modo parasimpático, que es lo que se *supone* que ocurre en respuesta a este tipo de ejercicios.

Todavía no había oído hablar de los otros modos (modos de sueño y pausa). Pensaba que el simpático y el parasimpático eran las únicas opciones. Estaba confundida. Tenía muchas dudas. Por suerte, también disponía de recursos muy variados gracias a mis intereses en muchos campos que, al parecer, no estaban relacionados.

Un poco sobre mi formación académica

A menudo me preguntan: "¿Qué libros o artículos leíste que te llevaron a sacar tus conclusiones?", así como "¿Alguna vez has oído hablar del método científico?" y "¿Sabes lo que es la *verdadera* investigación?". Mencionaré aquí que, mientras cursaba una licenciatura en biología en la Universidad de California, también estudié historia de la

---

dopamina para la función motora depende *intrínsecamente* de las expectativas. Pero los investigadores nunca se preguntaron qué podrían significar estos estudios para el Parkinson en sí, tan solo hicieron suposiciones incorrectas de que un placebo funciona igual en *todos* los casos. A menudo, utilizan a personas con Parkinson para estos estudios porque los resultados (si la persona puede o no pasar de *no* moverse a moverse) son muy fáciles de evaluar de forma objetiva. Pero luego extrapolan, y llegan a la conclusión errónea de que los potentes efectos placebo que observan en las personas con Parkinson deben ser universales en todos los síndromes de salud, o al menos en muchos de ellos, y no están particularmente asociados con la EP en sí.

ciencia occidental, antigua y moderna. Este campo de estudio desmiente rápidamente la idea de que los avances científicos surgen del llamado "método científico".

El método científico utiliza mediciones, observaciones y repetibilidad probada, combinadas con "hipótesis" (teorías) "probadas" con anterioridad, como elementos básicos para profundizar o perfeccionar una teoría. Es una forma de reforzar y promover el *statu quo*. El método científico *no puede* crear un cambio de paradigma. De hecho, si partimos de la base de que no se puede demostrar que una teoría es negativa, a menudo, ni siquiera se puede utilizar el método científico para demostrar de forma *concluyente* que una teoría anterior es *errónea*, solo que otra teoría podría ser *más acertada*.

Pocos de los grandes cambios de paradigma en la ciencia, desde los tiempos de los antiguos griegos hasta los actuales premios Nobel de ciencia, se han producido a través del método científico. Más bien al contrario, cuando nos encontramos con algo en lo que los valores atípicos y las excepciones conflictivas empiezan a predominar sobre una teoría actual, la gente que está en la vanguardia de la investigación tiene que *descartar* la teoría existente, no basarse en ella utilizando el llamado "método científico". *Muy* a menudo, es un sueño o una corazonada inesperada lo que puede explicar los valores atípicos y los conflictos y aportar soluciones totalmente nuevas.

La idea de que un método científico impulsa la investigación es despreciada por un gran porcentaje de investigadores reales.

En internet, encontrarán más información sobre cómo surgió el concepto prolijo, ordenado y bastante reciente de "método científico", y por qué la gente que hace investigación científica de verdad lo desprecia, por no decir que se ríe abiertamente de él. Y, sin embargo, los científicos tienden a ser bastante conservadores. Tienden a oponerse a los cambios en el paradigma actual. A pesar de que los hechos observados se adaptan mejor a una nueva hipótesis, salir de la comodidad de una teoría anterior, por inadecuada o muy errónea que sea, suele ser un trabajo arduo.

Como señaló Mark Twain, un querido humorista estadounidense del siglo XIX, hay tres etapas en la aceptación de una nueva idea: primero, se burlan de ella. Luego, la desprecian. Finalmente, se acepta como *evidente*. (Las cursivas de la cita las añadí yo. "Evidente" significa *obvio*).

Uno de mis primeros asesores en mi proyecto sobre el Parkinson, un exprofesor de teoría de la investigación médica, me ayudó a comprender que mi trabajo *no* iba a utilizar el llamado método científico para basarse en trabajos anteriores, al menos no en el trabajo de la medicina científica tradicional en el campo del Parkinson. Me explicó que, cuando un nuevo concepto estaba tan alejado de la norma aceptada como lo estaba el mío, un investigador tenía que "salir adelante por su cuenta". Esto significa conseguir que se publiquen pequeños artículos de "Observación" y artículos de "Nueva hipótesis" en las mejores revistas con revisión científica externa.

Me dijo que no iba a empezar con un gran estudio cuantitativo. En lugar de eso, debía empezar publicando artículos breves sobre "hipótesis" con las que la gente de mi profesión pudiera estar de acuerdo aunque se dijeran a sí mismos algo como: "No lo había pensado así antes, pero tiene sentido" o "Da respuestas a preguntas que eran inexplicables con el paradigma actual". Entonces, cuando hubiera publicado suficientes artículos de hipótesis, podría escribir artículos más audaces, y luego libros, y apoyar mis afirmaciones con citas de artículos que ya hubiera publicado en revistas *con revisión científica externa*.

Esta es una forma de hacer crecer la investigación que 1) se basa en ideas radicalmente nuevas y 2) no tiene potencial para obtener beneficios significativos.

Después de leer mi primer artículo publicado en la revista con revisión científica externa *American Journal of Acupuncture*, en 1998, en la que proponía mis ideas radicales sobre la causa de los síntomas del Parkinson, me dijo medio en broma: "Van a tener que matarte…".

Como curiosidad, no solo mi asesor principal y un editor me dijeron "van a tener que matarte", sino que *me mataron* de verdad en respuesta a mi investigación sobre el Parkinson en un libro corto titulado *Strong Medicine* (El poder de la medicina) de Richard MacAndrew. (Cambridge University Press, 2006). El personaje basado en mí se llama Deborah Spencer, una acupuntora de Santa Cruz que encuentra una cura para el Parkinson. Una empresa farmacéutica ficticia de la zona que fabrica medicamentos antiparkinsonianos la manda a matar. Este libro me da tranquilidad: si *estaba* destinada y dispuesta a morir en nombre de mi investigación, ya lo he hecho, en las páginas de la ficción. Este libro de 56 páginas forma parte de una serie para estudiantes adultos de inglés como segundo idioma. El Sr. MacAndrew fue generoso y donó los ingresos de las ventas de este libro al Proyecto de recuperación del Parkinson.

Volviendo a las preguntas sobre mi formación académica, diré que, a pesar de que obtuve una licenciatura en biología en 1974 y de que me fascinaba el campo de la medicina, perdí todo interés en matricularme en la facultad de medicina durante mi segundo año de universidad. Tenía la sensación de que la mayoría de los estudiantes de medicina de mis clases, muy amables, muy inteligentes e incluso brillantes, tenían intereses muy limitados: solicitudes de ingreso en la facultad de medicina y "hechos" científicos, en lugar del vasto cosmos de temas fuera del laboratorio. Yo lo cuestionaba todo. Mis amigos que planeaban estudiar medicina, en su mayoría, consideraban los hechos biológicos *actuales* como si fueran verdades absolutas en lugar de hipótesis en un proceso histórico continuo de hipótesis en constante cambio. Estaban *tan* seguros de que los "hechos científicos" actuales eran correctos y verdaderos. Temía que una profesión formada por estudiantes y profesores como estos *no* fuera una buena opción para mí. Y *muchos* de esos datos modernos sobre biología que memoricé en la universidad han resultado ser erróneos. Por ejemplo, el hecho de que la dopamina causa relajación muscular y produce sueño.

Al licenciarme, abrí una pequeña tienda de comestibles y seguí estudiando vorazmente libros de medicina *occidental* por mi cuenta. La medicina *china* era un tema que ni siquiera existía en los Estados Unidos. No fue hasta el histórico viaje del presidente Nixon para "abrir China" en 1974 cuando conocí un poco más sobre lo que era la acupuntura.

En los años ochenta a noventa, impulsada por la curiosidad, obtuve una maestría en medicina tradicional china, pero no tenía planes de obtener la licencia. A principios de los años noventa, me terminé licenciando. En 2009, obtuve un doctorado en acupuntura y medicina oriental (DAOM). Ahora, en 2020, soy profesora de teoría de medicina china y lo he sido desde 1998. También soy profesora de psicología y asesoramiento desde 2010.

Esta combinación de estudios de medicina occidental, medicina china, asesoramiento y psicología anormal, además de un interés de toda la vida por la física newtoniana y cuántica, la física antigua, la historia universal, la historia de la ciencia, la metafísica y varios idiomas, todo ello contribuyó a mis conclusiones imprevistas sobre la enfermedad de Parkinson y a mis otras investigaciones sobre la medicina china. Así que, en

respuesta a la frecuente pregunta, no hay ningún libro en particular que me haya llevado a mis conclusiones. Más bien, mi formación académica me enseñó por qué y cómo cuestionar aquellos aspectos del *statu quo* científico que conducen a callejones sin salida, y cómo recopilar y analizar datos. Mis maestros espirituales me han enseñado a ser filosóficamente aventurera.

Un gran avance

No recuerdo exactamente cuándo ocurrió, pero después de, al menos, 10, tal vez incluso 15 años de haber luchado con las limitaciones y repercusiones del sistema occidental de dos modos neurológicos mientras trataba de entender el Parkinson, me encontré con el modo de pausa mientras estudiaba con detenimiento una desconcertante traducción al inglés de un célebre texto de la medicina china, como se menciona en el capítulo uno. Esta teoría de la medicina china me ayudó a darme cuenta de que mis pacientes estaban en modo de pausa, no en modo simpático. Eso me liberó de la prisión de tener que encuadrar mis descubrimientos en el erróneo marco occidental.

Solo en ese momento empecé a sospechar que el Qi que fluye en retroceso no era una aberración del canal que *causa* el Parkinson, aunque cuando fluía sin parar, explicaba *todos* los *síntomas* del Parkinson. En cambio, lo *correcto* era que estar en pausa hace que el Qi fluya en retroceso en los canales del estómago y el intestino grueso, y en patrones extraños y altamente específicos en muchos de los *otros* canales, lo que desencadena la fisiología de la enfermedad de Parkinson.

Desde el punto de vista de la investigación, esto lo cambió todo. Para las personas con Parkinson tipo I o tipo IV, el Qi de los canales *no era* aberrante; el uso a largo plazo del modo de pausa en una situación de no emergencia *sí lo era*. Todavía no sabía que había cuatro formas diferentes de quedarse atascado en la pausa, que había cuatro tipos de enfermedad de Parkinson idiopática. Para comprender esto aún faltaban algunos años.

Como descubriría más tarde, mis 6 primeros pacientes tenían Parkinson tipo II o tipo IV, los tipos más fáciles de tratar, los tipos que responden al Yin Tui Na o que responden a los pasos para salir de la pausa biológica normal.

Por suerte, mientras yo estaba ocupada y confundida con lo que les ocurría a mis pacientes que se recuperaban de forma parcial, no dejaban de llegar nuevas investigaciones sobre el comportamiento cerebral procedentes de un amplio espectro de campos de la medicina occidental, investigaciones que iban a ayudarme enormemente.

Investigación útil

Por ejemplo, en nuevas investigaciones en el campo de la hipnosis, se demostró que una orden hipnótica de inhibir la función motora inhibe la capacidad de *imaginar* la función motora. [32]

[32] "The Brain under Self-control: Modulation of Inhibitory and Monitoring Cortical Networks during Hypnotic Paralysis" ("El cerebro bajo autocontrol: modulación de las redes corticales inhibitorias y de monitorización durante la parálisis hipnótica"); Cojan, Waber, Schwartz et al; *Neuron*, vol. 62, ejemplar 6;862-875, 25 de junio de 2009.

Lo esencial de este artículo es que, tras el éxito de las sugestiones hipnóticas para la parálisis del lado izquierdo, observaron en las gammagrafías cerebrales que "…surgió una activación preparatoria en la corteza motora derecha a pesar de la parálisis hipnótica del lado izquierdo, lo que

Resulta que las localizaciones cerebrales específicas de la inhibición de la función motora en la inmovilidad hipnótica son *idénticas* a las localizaciones cerebrales de la inhibición en las personas con enfermedad de Parkinson. El movimiento se inhibe tanto en la hipnosis como en el Parkinson porque los lugares donde se supone que debe ocurrir la *imaginación* o la *visualización* del movimiento están desactivados. Estos comportamientos cerebrales son un paso crucial en la realización del movimiento automático.[33]

De acuerdo con los hallazgos de los artículos citados anteriormente, la mayoría de mis pacientes con Parkinson me han asegurado que no pueden visualizar, en general, y mucho menos imaginar imágenes o sensaciones somáticas de sí mismos realizando funciones motoras. Muchos de ellos son incluso conscientes de que utilizan pensamientos silenciosos basados en *palabras* u órdenes mentales para iniciar el movimiento. Muchos no saben que hay *otra* forma de generar los movimientos.

Aprender que el mismo mecanismo cerebral se utiliza en la inmovilidad hipnótica y en la inmovilidad del Parkinson no me ayudó en ese momento, pero recordé la conexión cuando descubrí el fenómeno de la pausa autoinducida. Entonces tuve que preguntarme: ¿podrían las poderosas órdenes que se da uno mismo de "no sentir dolor" haber actuado sobre el cerebro de forma similar a como este responde a las órdenes hipnóticas?[34]

---

indica intenciones motoras preservadas, pero con aumentos concomitantes en las regiones precuñas que normalmente contemplan [inhiben] la imaginación y la autoconciencia [propiocepción]".

En otras palabras, el cerebro *trató* de activar el movimiento, pero fue obstaculizado porque era incapaz de *imaginar* el movimiento del brazo. "Imaginar" en este contexto puede significar "visualizar o imaginar las sensaciones de algo". Imaginar es un paso importante en lo que se llama movimiento "automático" (basado en la dopamina), en lugar del movimiento basado en órdenes (basado en la norepinefrina). Los "aumentos concomitantes en las regiones precuñas" se refieren al aumento de la actividad en la parte del cerebro que controla la cautela.

[33] "A dissociation between real and simulated movements in Parkinson's disease ("Una disociación entre movimientos reales y simulados en la enfermedad de Parkinson"); Cohen, Pourcher; *Neuroreport*; 28 de junio de 2004; 15(9):1489-92. Según los resultados de la gammagrafía cerebral, "…en individuos con enfermedad de Parkinson, la imaginación motora está dañada… la ejecución de movimientos visibles está preservada". En otras palabras, la capacidad *potencial* de moverse está ahí ("la ejecución está preservada"), pero está bloqueada porque la persona no puede *imaginar* el movimiento con su mente. Las personas que están en pausa no pueden *imaginar* el movimiento propio, ni las sensaciones ni las imágenes visuales del movimiento propio.

También, de unos años antes, "Motor imagery in normal subject and in asymmetrical Parkinson's disease" ("Imaginación motora en sujetos normales y en la enfermedad de Parkinson asimétrica"); Thoois, Dominey, Decety, et al; *Neurology*; 10 de octubre de 2000; 996-1002. En este artículo, se analizan los "trabajos previos en la EP que han demostrado que la bradicinesia (lentitud motora) se asocia con la lentitud de la imaginación motora…". "Conclusiones: En pacientes con EP, la activación cerebral durante la imaginación motora es anormal".

Y agregaré, es anormal de la misma manera que con las personas cuya inmovilidad fue inducida hipnóticamente.

[34]Por otro lado, las investigaciones basadas en gammagrafías cerebrales demuestran que el cerebro tiene intrínsecamente dos personalidades: una es la personalidad "narcisista" o de "jefe" y la otra es la personalidad "obediente". Cuando el jefe es dominante, la naturaleza obediente acata las órdenes sin pensar.

Por poner otro ejemplo, descubrí en el libro de la Dra. Temple Grandin *Animals in Translation* ("El lenguaje de los animales"), un libro sobre el comportamiento de los animales y su relación con el comportamiento del cerebro humano, una investigación que demostraba que las personas con un intelecto basado en la lógica y la palabra ("hemisferio izquierdo del cerebro"), en contraposición a las de predominio sensorial ("hemisferio derecho del cerebro"), tenían muchas menos probabilidades de desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en respuesta a un trauma horrible. En cambio, las personas que dominaban las palabras solían crear una línea narrativa mental que situaba el trauma en un compartimento mental controlable.

La mayoría de mis pacientes con EP dominaban mucho más el hemisferio izquierdo del cerebro, al menos, según sus propias opiniones y las de sus amigos y cónyuges. La mayoría de ellos tenían algún fuerte trauma físico o emocional en su pasado. Lo habían afrontado disociándose de una lesión o acontecimiento concretos *o bien* ordenándose a sí mismos a no sentir dolor en general. Estos dos procesos mentales *tan* diferentes tienen lugar en el hemisferio izquierdo del cerebro. Las personas con EP tienden a *no* ser susceptibles al TEPT. Es posible que el uso de la disociación y/o entrar en modo de pausa sea su forma alternativa de afrontar el trauma con el hemisferio izquierdo del cerebro. [35]

Su capacidad mental para controlar o no experimentar de forma consciente los resultados del trauma parecía coincidir con algunos de los elementos de la personalidad parkinsoniana, así como con la idea de una persona que se queda atascada en un modo neurológico poco saludable.

Recopilé montones de artículos de investigación que parecían estar relacionados con algunos de los comportamientos que había visto en mis pacientes, incluso si la investigación no estaba *abiertamente* vinculada al Parkinson. Así como el artículo sobre la inhibición del movimiento y la imaginación en la hipnosis y el libro sobre la investigación

---

La resonancia física entre cerebros en *grupos* de animales o personas es lo que permite a una personalidad de macho alfa o a un matón, una persona con una personalidad de jefe *muy* desarrollada, "tomar el control" del grupo. Los seguidores tienen un área narcisista relativamente más débil en el cerebro y un área "obediente" más fuerte. Esto es lo que facilita el fenómeno de las personalidades "alfa" y la creación de seguidores ciegos. En los animales, estos comportamientos en grupo son muy útiles para regular la dinámica de los rebaños y las manadas. En los seres humanos, se puede abusar de esta dinámica hasta el punto de que las personas que utilizan principalmente la parte "seguidora" del cerebro pueden ser incapaces de pensar por sí mismas.

Como pura conjetura, me pregunto si, en las personas con Parkinson tipo I, el aspecto de jefe de la personalidad es el que está atascado en la pausa. A la personalidad "seguidora" le puede resultar extremadamente difícil terminar con su seguimiento ciego.

Esta podría ser la razón por la que, como aprenderán más adelante, una terapia para la EP tipo I que desarrolle una relación con una personalidad "externa" o "ajena" es mucho más útil que intentar cambiar sus hábitos de pensamiento hablando solo consigo mismo. "Neuroscience Explains How a Narcissist Can Control Our Brain" ("La neurociencia explica cómo un narcisista puede controlar nuestro cerebro"); *Neurology Today*; Lancer, Darlene, LMFT; 2019.

https://www.psychologytoday.com/us/blog/toxic-relationships/202004/neuroscience-explains-how-narcissist-can-control-our-brain

[35] "The Nature of Traumatic Memories: A 4-T fMRI Functional Connectivity Analysis" ("La naturaleza de los recuerdos traumáticos: un análisis de conectividad funcional por IRMf a 4-T"); Ruth Lanius et al; *American Journal of Psychiatry* 161, n.º 1 (enero de 2004); 36-44.

con placebo que mencioné antes *no* estaban dirigidos específicamente al Parkinson, sin embargo, tenían *repercusiones* para la enfermedad de Parkinson. Cientos de artículos de investigación científicos sobre el cerebro o la psicología que *no* tenían una relación directa con el Parkinson contribuyeron, sin embargo, a respaldar mis hipótesis que implicaban un cambio de paradigma en relación con la EP.

No nací para cambiar paradigmas. Cuando empecé mi investigación sobre el Parkinson era extremadamente tímida y mi regla de vida era "No causes problemas". Nadie habría sido más feliz que yo si hubiera podido encontrar una forma de explicar las recuperaciones de mis pacientes y, a la vez, mantenerme en los cómodos confines de la teoría de la medicina científica tradicional o incluso de la teoría de la medicina china moderna. Pero incluso mientras la investigación occidental proporcionaba con frecuencia, aunque de forma indirecta, pruebas de mis hipótesis, yo me alejaba cada vez más del modelo de células dopaminérgicas muertas de la medicina occidental que explicaban la enfermedad de Parkinson y me alejaba de los protocolos formales, de respuesta única, de la medicina china moderna, aprobada por el gobierno.

Me estaba acercando a lo que algunos consideran el reino marginal de la antigua medicina china basada en el Qi de los canales y las antiguas teorías védicas (de la India) de la biofísica y la consciencia. Estas teorías, aunque son más antiguas, suelen estar más en sintonía con nuestros avances más *recientes* en física occidental que con las antiguas teorías newtonianas de la física. En la medicina occidental, todavía estamos muy apegados a la idea mecánica y newtoniana de que el cuerpo humano es la suma de su química y su mecánica, tal y como la trabaja la entropía: la vieja física. En la física *moderna*, vemos que el vasto universo es *primero* una manifestación de *ideas*, y solo más tarde se convierte en una manifestación de átomos. Lo mismo puede aplicarse a en menor escala a los seres humanos en lo que respecta a la enfermedad y la salud: en muchos casos, nuestros *pensamientos* pueden influir más en la expresión de nuestro ADN y en nuestro comportamiento neurológico que nuestra estructura física o química en un momento dado.

A pesar de que muchos campos no relacionados de la medicina y la psicología estaban realizando investigaciones que parecían tener una importancia *evidente* para el Parkinson, nadie parecía estar atando los cabos. Poco a poco, fui combinando la teoría médica oriental antigua y la investigación occidental moderna, y fui atando cabos muy sueltos hasta que surgió una imagen: para la *mayoría* de mis pacientes, sus rasgos emocionales y su intelecto, así como sus síntomas de EP y sus inexplicables recuperaciones (o faltas de recuperación), todo empezaba a tener sentido… pero solo si estaba dispuesta a contemplar la existencia de un componente psicológico. Con el tiempo, vacilante, a regañadientes, basándome en las investigaciones occidentales más recientes, así como en las teorías orientales más antiguas, me encaminé hacia una hipótesis nueva, radicalmente diferente, sobre las causas de la enfermedad de Parkinson.

Mientras tanto, el Parkinson de la disociación, no el de la pausa…

Al mismo tiempo, los métodos que estaba desarrollando para ayudar a mis pacientes *sin* Parkinson a autodiagnosticarse y curarse de la disociación de partes del cuerpo lesionadas hace tiempo y de problemas de salud crónicos también me hicieron dar cuenta de que un pequeño porcentaje de mis pacientes con *Parkinson* manifestaban síntomas de disociación mental de las lesiones y los síntomas *físicos* de la pausa, pero *no* presentaban los comportamientos *mentales* asociados con la pausa.

Al parecer, estos pacientes tan solo se habían disociado de lesiones, por lo general, en el tobillo o el pie, que luego no se habían curado del todo. Debido a la localización de sus lesiones, la ausencia de cicatrización había provocado, durante décadas, aberraciones eléctricas más arriba de la lesión, incluido el flujo en retroceso en el canal del estómago. Más adelante, el efecto dominó de estas aberraciones provocó un patrón de flujo eléctrico que *se parecía* mucho al del modo de pausa… y que, por lo tanto, causaba los síntomas físicos, pero no necesariamente los *mentales*, de la pausa.

En retrospectiva, años más tarde, me di cuenta de que aquellos pacientes con EP que se habían recuperado con facilidad en respuesta a los tratamientos Yin Tui Na solo habían tenido lesiones disociadas, *nunca* se habían ordenado a sí mismos no sentir dolor ni habían adoptado el entumecimiento. Repasar mis notas sobre sus actitudes y rasgos de personalidad que ellos mismos habían descrito me ayudó a confirmar que *no* habían utilizado el modo de pausa ni mental ni emocionalmente. En cambio, sus circuitos eléctricos funcionaban en los patrones de pausa debido *únicamente* a la lesión, lo que causaba los síntomas físicos de la pausa, pero no mostraban ningún signo de la "personalidad parkinsoniana" o muy pocos. Habían tenido EP *solo* tipo II, *solo* tipo III o *solo* tipo IV.

El Yin Tui Na provoca una recuperación parcial

En las personas que *solo* tenían EP tipo II, III o IV, cuyos canales fluían en los patrones de pausa *únicamente* a causa de una lesión disociada y sin curar, la reasociación con la lesión y su curación a través del Yin Tui Na hicieron que desapareciera el Parkinson.

Por otra parte, la mayoría de mis pacientes tenían una pausa autoinducida o, mejor dicho, una pausa autoinducida *y* una lesión disociada.

En las personas con una pausa autoinducida *y* una lesión sin curar, la terapia Yin Tui Na *permitió* que sus lesiones en los pies se curaran.

En las personas con pausa autoinducida *y* una lesión sin curar, la terapia Yin Tui Na *no* desactivó la pausa. El tratamiento ayudó a curar solo la lesión. Pero como estas personas seguían utilizando mentalmente el modo de pausa autoinducida para el resto del cuerpo, las partes de *curación* localizada en áreas pequeñas, que *no* deberían producirse mientras una persona está en pausa, a menudo desencadenaban comportamientos físicos, emocionales y mentales inesperados, incluso extraños: los síntomas de la recuperación parcial.

Capítulo nueve

Recuperación parcial

En este capítulo, les contaré una muestra de los primeros casos prácticos que me desconcertaron. En estos casos, las personas se curaron de lesiones que les causaban Parkinson tipo II o tipo III, *pero* aún no habían desactivado la pausa autoinducida que les estaba causando su Parkinson tipo I. Todavía no sabía que el Parkinson tipo I siquiera existía. Una vez curadas las lesiones en el pie, los síntomas que presentaban estos pacientes se volvieron rápidamente muy impredecibles. Sus personalidades, a veces, se volvían extrañas, con evidentes desviaciones de sus personalidades anteriores. A estos cambios de síntomas y personalidad los llamé "recuperación parcial". Años más tarde, cuando comprendí la importancia de deshacerse *primero* de la pausa autoinducida y solo entonces trabajar en cualquier lesión restante, estos casos tuvieron mucho sentido.

La razón por la que la mayoría de las personas con pausa autoinducida también tienen lesiones en los pies sin curar ya se ha comentado antes. Recordarán que tiene que ver con la inhibición de la curación no crucial cuando se está en pausa… y mucha gente se lesiona un pie o se dobla un tobillo en algún momento.

Como ejemplo de lo que entiendo por comportamientos físicos y emocionales "extraños" de las personas en recuperación parcial, ya compartí el caso práctico de la persona que podía jugar a perseguir a su esposa en un buen día y que se inmovilizaba por el miedo al dentista al día siguiente. Les comentaré otro ejemplo: había estado trabajando con una paciente cuya lesión en el pie se había curado en las últimas semanas. Sus síntomas de Parkinson se habían magnificado de repente en respuesta a pensamientos negativos. Por el contrario, ahora podían cesar por completo durante horas cuando se sentía segura o tranquila.

Durante una sesión posterior con ella, le pedí que intentara utilizar afirmaciones positivas, un tipo de Qi Gong médico, durante la semana siguiente. Le di algunos ejemplos: "Estoy segura de que puedo relajarme todo el tiempo, estoy segura de que puedo estar tranquila todo el tiempo". Se lo repetí varias veces. Ella lo repitió conmigo. Cuando se iba, con la mano en el pomo de la puerta, le pregunté: "¿Te acuerdas de las afirmaciones?".

Ella respondió, con un extraño brillo en sus ojos: "Sí. Nunca me siento lo suficientemente segura como para poder relajarme. Nunca me siento lo suficientemente segura como para poder estar tranquila". Y entonces su boca me sonrió de una forma extraña, mecánica… con una gran diferencia a las sonrisas genuinas que hacía cuando se sentía segura y que ya habían sustituido a su expresión facial que antes estaba "enmascarada".

Aunque su mirada me dio escalofríos, no me sorprendió demasiado verla ni oír su respuesta. Solo me desanimó. Había visto esa mirada antes, en otras personas en recuperación parcial. Los síntomas de la recuperación parcial pueden abarcar episodios de incomprensión mental, distorsión de la realidad e incluso breves períodos de amnesia. Y estos síntomas *solo* aparecieron después de que se curaran las lesiones antiguas en los pies.

Yo no era la única que notaba estos extraños cambios. Los cónyuges y amigos también observaban, en respuesta a la curación de las lesiones antiguas de mis pacientes,

los nuevos y drásticos cambios de los síntomas intermitentes, así como la aparición de ojos vidriosos, períodos de gran falta de lógica y evasivas, e incluso amnesia de hasta 1 hora de duración. Estos cambios mentales drásticos, a menudo, se producían de inmediato después de una recomendación de realizar cambios psicológicos o de una leve indagación sobre si los síntomas de la persona podían tener un componente psicológico.

Ojos saltones

Muy a menudo, los movimientos rápidos, de izquierda a derecha, de los ojos saltones precedían a los comportamientos amnésicos o de alteración de la personalidad.

Le dije a un paciente de mi consultorio que había empezado recientemente a tener este tipo de interrupciones mentales que acababa de volver a hacer el movimiento de ojos. Me contestó, como si luchara consigo mismo para decírmelo: "Hace un momento, cuando me has explicado lo que estaba haciendo en ese momento, cuando mis ojos se movían de lado a lado y cuando se lo dijiste a todo el mundo (a su profesional de la salud y a su cónyuge, que estaban en el consultorio con nosotros), he *podido* darme cuenta de que lo había hecho. Y en ese mismo momento, dejé de entender lo que decías. Todavía puedo *verte* y *oírte*, y puedo darme cuenta de que mi esposa y Suzanne, que están sentadas aquí a mi lado, entienden lo que dices. Pero ahora mi mente ha levantado un muro. Sinceramente, no sé lo que intentas decirme, pero mi mente me dice que digas lo que digas, estás equivocada, no lo sabes. Mi cerebro no me deja entender lo que dices y, en cambio, me dice que no debo confiar en ti".

He oído algo parecido a lo que acabo de mencionar muchas veces de personas en recuperación parcial.

Mi primera experiencia con las irregularidades mentales de la recuperación parcial ocurrió en un paciente que mostraba una mejoría en sus síntomas de EP. Se presentó en mi consultorio y me dijo: "Quiero que sepas que esta mañana he llamado a todos mis amigos de la costa este y les he dicho que los tratamientos que estamos haciendo no funcionan. Les he dicho que estoy empeorando".

Estaba desconcertada. Era uno de los primeros pacientes que se había recuperado de forma parcial luego de haber respondido bien a los tratamientos en los pies.

Le contesté: "Pero me has dicho que estás mucho mejor, que tienes más sensibilidad en las piernas, que te mueves mejor, todo tipo de mejoras, aunque las mejoras son intermitentes. ¿Por qué les has dicho a tus amigos que estás empeorando?".

"Porque el Parkinson es incurable. No hay forma de que lo que estamos haciendo pueda ayudar, porque es incurable. Me niego a creer que cambiar el flujo de energía en mi cuerpo detendrá mi enfermedad de Parkinson. Así que le digo a todo el mundo que estoy empeorando porque sé que eso es lo que va a pasar. Hace poco, podía moverme con facilidad. Sé que esto debe ser porque me estoy engañando a mí mismo. ¡La realidad es que *no puedo* recuperarme!".

Fue de los primeros en decirme algo así. Me quedé atónita. Ahora, ya estoy acostumbrada. Con los años, después de trabajar con cientos de personas con Parkinson, me acostumbré a que este tipo de actitud apareciera cuando una persona entraba en recuperación parcial. Casi todas las personas que acabaron en recuperación parcial *nunca* se recuperaron del todo. Muchas se volvieron cada vez más psicóticas, y sus síntomas se hicieron cada vez más potentes. Como se mencionó anteriormente, esta es la razón por la que disolvimos el

equipo de tratamiento de la EP en 2013, decididos a dejar de trabajar con personas con Parkinson hasta que pudiéramos averiguar qué causaba la recuperación parcial.

Negación

Otra manifestación de la recuperación parcial era la incapacidad de recordar cualquier cosa relacionada con la recuperación que hubiera ocurrido con anterioridad. Las personas que seguían teniendo EP tipo I después de curarse de sus lesiones en el pie y que presentaban unos pocos síntomas preliminares de recuperación se solían olvidar que *alguna vez* habían experimentado síntomas de recuperación o que su lesión se había curado.

Un paciente siguió trabajando conmigo después de que la lesión en el pie se curara y empezaran a aparecer los síntomas de recuperación. Ambos habíamos dado por sentado, erróneamente, que se iba a recuperar por completo. En ese momento, yo todavía no conocía la EP tipo I ni sabía que podía estar presente incluso después de que se curara la lesión en el pie.

Unos 6 meses después de que se curara su lesión en el pie, me dijo: "No entiendo por qué quieres trabajar en mi postura mental (lo que en aquel momento yo llamaba la cautela y negatividad de la personalidad parkinsoniana), porque nunca me has curado la lesión en el pie. Nunca he notado ninguna mejoría en mis pies".

Volví a hojear su historia clínica hasta su sexta semana de tratamiento. "¿Recuerdas que el 4 de junio dijiste: 'Después del último tratamiento, me dolía el pie derecho en la parte superior del arco'?".

—"No".

—"Mmm. ¿Recuerdas haber dicho, el 11 de junio: 'He tenido un dolor agudo en la base de mi tercer dedo del pie toda la semana'".

—"No".

—"Bueno, ¿recuerdas que el 18 de junio dijiste: 'Ya no me duelen los pies y últimamente los noto más calientes, me siento muy bien'".

—"No, pero te creo".

—"¿Recuerdas que el 25 de junio dijiste: 'La semana pasada pisé un poquito de alimento para gatos con el pie descalzo. ¡Me dolió *mucho*! No hay manera de que hubiera sido capaz de sentir algo así antes. ¡Realmente *me dolió*!".

—"De acuerdo. Me había olvidado de eso. Entonces, si mi pie está mejor, ¿por qué me quedé rígido hace una semana cuando me enteré de que mi nieto iba a ir a la cárcel? Apenas he podido caminar desde entonces, y mi temblor ha empeorado mucho. Es obvio que no me has curado la lesión en el pie".

—"Creo que tu pie está bien. Me parece que puedes estar en recuperación parcial. Volvamos a trabajar en abordar los aspectos mentales que parecen constituir una gran parte de ese patrón".

—"¡No! ¡Tienes que curarme el *pie*! Mi *pie* debe ser el problema, ¡ni siquiera lo siento! Mi estado de ánimo y mis pensamientos no tienen *nada* que ver con mi Parkinson. Mi pie ha vuelto a lesionarse".

"¡Es el pie, no la cabeza!"

A la mayoría de los pacientes de Parkinson les *encantaron* los tratamientos Yin Tui Na de sujeción del pie, una vez que se acostumbraron a la idea de que un extraño les tocara los pies o los tobillos. Muchas personas con EP tanto tipo I como tipo II, una vez curada la

lesión, experimentaron una ligera reducción de los síntomas e incluso algunos síntomas de recuperación, como sensaciones de cosquilleo en el pie, seguidas de una mejora de la conciencia somática y propioceptiva del pie. La mayoría de los pacientes suponían que su Parkinson debía de estar desapareciendo.

Pero cuando, en algún momento, una sacudida emocional hizo que sus síntomas de EP volvieran al nivel anterior o a uno superior, estaban seguros de que necesitaban más tratamiento Yin Tui Na de sujeción del pie porque *la lesión había vuelto a aparecer*. De nuevo, cuando un golpe emocional desencadenaba un mayor grado de pausa autoinducida y hacía que sus síntomas de EP volvieran al nivel anterior o a uno superior, estaban *seguros* de que los huesos del pie se habían *desplazado* una vez más.

En retrospectiva, puedo ver por qué hicieron esta suposición. Pero, en aquel momento, me di cuenta de que sus pies seguían comportándose como si estuvieran curados. Así que esta suposición me parecía ilógica.

En la mayoría de los casos, *no había forma* de que los pacientes no trabajaran en nada relacionado con comportamientos mentales o emocionales. El problema (estaban *seguros*) era la reaparición de la lesión en el pie. Y las personas que *sí* accedían a intentar trabajar en la cautela y la negatividad desarrollaban rápidamente amnesia, memoria selectiva y, en algunos casos, paranoia hacia cualquiera que intentara ayudarlos.

Me olvidé que tengo Parkinson

Muchos pacientes que se quedaron atascados en la recuperación parcial notaron que sus síntomas de Parkinson habían empeorado, *excepto* durante esas horas o días en los que, como solían decir, "olvidaban" que tenían la enfermedad de Parkinson. Algunos relataron entre risas cosas como: "Me olvidé de que tenía Parkinson en dos días diferentes esta semana: ¡las dos veces me olvidé durante todo el día! Pero no te preocupes, volvió enseguida cuando recordé que lo tengo".

Lo extraño era que, en realidad, sus síntomas nunca habían *desaparecido*, según los cónyuges. Los síntomas se habían *minimizado* enormemente, como tiende a suceder cuando una persona con EP tipo I no piensa en ellos ni se *preocupa* por ellos. Lo que había ocurrido era que se habían olvidado de *preocuparse* por sus síntomas. Tal vez incluso habían caído en cierto grado de modo parasimpático durante un tiempo porque su lesión en el pie se había curado. El circuito en el *pie* era capaz de fluir en el recorrido del modo parasimpático. Pero la mayor parte del Qi de los canales que se encontraba *fuera del área de la lesión* seguía fluyendo en los patrones de pausa, *excepto* durante los períodos en los que "olvidaban" que tenían EP. Solo puedo suponer que, durante estos tiempos de "olvido", el Qi de los canales funcionaba predominantemente en modo parasimpático.

Escuché esto de *muchos* pacientes: "¡Me olvidé que tenía Parkinson!" junto con la otra frase poco coherente "¡Pero no te preocupes! Ya ha regresado".

¿Por qué iba a preocuparme que el Parkinson *no* regresara? Varios pacientes me ayudaron a entenderlo: en realidad, *sí* tenían Parkinson. *Nunca* iban a recuperarse. Así que cuando se olvidaban de que tenían Parkinson durante unas horas o unos días, estaban viviendo una *mentira*, lo cual era *malo*. Así que era algo *bueno* cuando se volvían a acordar de que tenían Parkinson. Debía *alegrarme* que estuvieran siendo honestos y manifestaran todos sus síntomas de Parkinson.

En aquel momento, pensé que era una manifestación de ilógica. Ahora, en retrospectiva, veo que tenían razón: *sí* seguían teniendo Parkinson y no tenían forma de dar

sentido a sus sentimientos contradictorios de curación en alguna pequeña parte del cuerpo mientras *seguían* en pausa en el resto del cuerpo. O tal vez incluso estaban entrando en modo parasimpático en todo el cuerpo durante un breve período de tiempo.

Latencia

Una variación del "olvido" de tener Parkinson fue la decisión de que el Parkinson seguía ahí pero los síntomas se habían reducido porque la EP se había vuelto "latente". Las explicaciones de los pacientes sobre lo que estaba pasando iban desde "No *merezco* recuperarme por completo" hasta "*No puede* ser tan fácil recuperarse". Por lo tanto, el Parkinson seguía ahí aunque los síntomas *parecieran* estar disminuyendo. De nuevo, esto parecía ilógico en aquel momento. En retrospectiva, estas personas estaban en recuperación parcial. Debido a la curación de la lesión que estaba fuera de la secuencia natural de curación, sus cuerpos estaban, a veces, predominantemente en pausa y, a veces, disfrutaban predominantemente de los comportamientos físicos y mentales parasimpáticos que pueden acompañar a la curación.

Al igual que en el caso de las personas que "se olvidaron" de que tenían Parkinson, estos pacientes *sabían* que tenían EP, pero sus síntomas más graves podían permanecer "latentes" durante horas al día, días enteros o incluso semanas. Pero cuando les sucedía algún acontecimiento vital angustioso, volvían a manifestar sus síntomas al máximo nivel, o incluso peor que antes. La reaparición de estos síntomas más graves solía considerarse una prueba de la pérdida incurable de las neuronas. Me aseguraron que nunca se recuperarían, lo que resultó ser cierto para la mayoría de ellos. El golpe emocional de esta "prueba" solía derivar en un empeoramiento muy rápido de los síntomas. *Ahora* sospecho que, en respuesta a alguna situación negativa, aumentaron, sin darse cuenta, el *grado* de pausa autoinducida, en comparación con el que habían estado utilizando con anterioridad, lo que empeoraba sus síntomas y anulaba los beneficios parasimpáticos de haberse curado de la lesión en el pie.

Durante años, este tipo de cosas son las que les ocurrían a la *mayoría* de mis pacientes. No tenía ni idea de qué pensar de todo esto.

Rechazo de la recuperación

En unos pocos casos, tuve pacientes que habían estado en recuperación parcial que me llamaron por teléfono para decirme que su Parkinson ya había desaparecido por completo, y que se movían con normalidad, incluso bailaban desenfrenadamente, y que iban a disfrutarlo porque en unos pocos días o en un número específico de horas, el Parkinson volvería y *nunca* más se iría. Esta profecía autocumplida se manifestaría, tal y como se había predicho.

Les suplicaba por teléfono a estas personas y les decía: "¡Si se ha ido no *tiene* por qué volver!". Me decían que *no podían* recuperarse para siempre por varias razones. La razón *más* común era: "No merezco recuperarme". También solían decir cosas como: "Me están dando una última muestra de libertad como regalo y, luego, tendré Parkinson para siempre, así que ya no trabajaré más contigo. No quiero hacerte perder el tiempo".

Una paciente en recuperación parcial, después de haber vuelto a jugar al tenis de forma excelente durante unas semanas después de años sin poder hacerlo debido a la rigidez muscular y la inmovilidad del Parkinson *moderado*, se tropezó mientras iba a buscar una pelota y se lesionó muy levemente el tobillo. Cuando esto ocurrió, de repente, se dio cuenta

de que no "merecía" recuperarse. *De inmediato*, entró en un estado de Parkinson avanzado. Al poco tiempo, se volvió incapaz de caminar, mover los brazos o el torso o incluso alimentarse sola. De repente, estaba mucho peor de lo que había estado durante sus años con síntomas leves de Parkinson, antes de sus tratamientos Yin Tui Na. En aquel momento, el Yin Tui Na le había hecho tomar consciencia de su pie y parecía estar desactivando los síntomas de la EP. Pero, en cuanto se lesionó el tobillo, de repente estaba mucho, mucho peor que antes. Y estaba segura de que *no podría* recuperarse.

Unas semanas después, me dijo: "No debería haber jugado al tenis así. Me lastimé el tobillo como castigo por ser arrogante". Nunca pudo volver a jugar al tenis. Sin embargo, su marido pensó que yo debía saber que, después de acostarse en la cama cada noche, ella podía moverse *con total normalidad* mientras se acomodaba la almohada y se ponía cómoda.

Ella le dijo: "No necesito *tener* Parkinson una vez que me he acostado en la cama. Solo necesito tenerlo como castigo cuando intento presumir que tengo movilidad". Se mostraba tajante al afirmar que sus síntomas *no* tenían un componente psicológico.

Era psicóloga infantil, muy respetada, con un historial de abusos sexuales en la primera infancia por parte de su padre, que "era un hombre muy respetado y bueno… no debería tener recuerdos tan malos de él". Repito, tenía un doctorado en psicología y era una psicoterapeuta muy respetada. Cuando se trataba de otras personas, se apresuraba a señalar que todo lo que hacían tenía una base psicológica.

Insistió en que sus propios síntomas no tenían *ningún* componente psicológico.

Su situación no era única. Muchos, quizá la mayoría, de mis pacientes que entraban en recuperación parcial acabaron decidiendo que no merecían recuperarse o que no había ningún componente psicológico en sus síntomas intermitentes, relacionados con el estado de ánimo o dependientes de la situación, por lo que, desde luego, *no* iban a hacer ejercicios para mejorar o alterar sus patrones de pensamiento.

Totalmente ilógico

No me sorprendió la primera vez que una paciente me dijo: "La sensación de hormigueo en la cara (un síntoma de recuperación *temporal* a corto plazo) desapareció, así que no puedo recuperarme".

Le señalé que había recuperado la expresión facial completa y el sentido del olfato y el gusto. Le recordé, una vez más, que el hormigueo solo se siente durante el proceso de curación. Una vez que el nervio se ha curado, el hormigueo desaparece.

A lo que contestó: "Aun así, supongo que esto significa que no podré recuperarme". Nada de lo que yo pudiera decir o hacer podía influir en esta persona que, de repente, sabía que *nunca* podría recuperarse *porque* sus síntomas de recuperación seguían la trayectoria *correcta*. Tenía razón, por supuesto. Seguía teniendo EP tipo I, así que, en realidad, no se estaba recuperando.

En los primeros días del proyecto, cuando pensaba erróneamente que todos mis pacientes estaban enfrentando una lesión en el pie, tuve que preguntarme qué estaba pasando con estas convicciones, al parecer, ilógicas. En estos casos en los que se reducía la gravedad de los síntomas del Parkinson después de la curación de la lesión, pero luego volvían con más intensidad en respuesta a cierto estrés, me preguntaba: ¿la apariencia de la

recuperación a corto plazo (horas, días, semanas) era meramente psicosomática o la *reaparición* del Parkinson era psicosomática?

Algo no tenía sentido. Si el Parkinson se basara tan solo en problemas físicos, no debería aparecer y desaparecer durante períodos cortos o largos *ni* desencadenarse por el estado de ánimo o el entorno. Pero si fuera puramente mental o emocional, ¿cómo podría explicar las similitudes en los síntomas de recuperación fisiológica que experimentaban los pacientes después de curarse de sus lesiones en el pie? Como descubrí *mucho* más adelante, la mayoría de las personas con EP tenían ambas cosas: un problema psicológico (EP tipo I) *y* un problema de lesión física (EP tipo II).

Antes de darme cuenta de esto, seguía siendo evidente que la *mayoría* de mis pacientes que se recuperaban de sus lesiones en el pie se quedaban atascados en lo que yo había denominado recuperación parcial, y los síntomas durante la recuperación parcial parecían tener respuestas exageradas a los desencadenantes *psicológicos*.

El nombre de "recuperación parcial" no hacía justicia a estos inexplicables cambios en los síntomas y a los inquietantes, incluso espeluznantes, cambios mentales que se producían en respuesta a la curación de la lesión antigua, pero tenía que llamarla de alguna manera. En aquel momento, como la lesión por fin se *había* curado y el Qi de los canales ahora podía fluir de forma correcta una *parte* del tiempo, pensé sinceramente que estas personas solo se habían topado con un obstáculo en el camino de la recuperación. El obstáculo parecía ser psicológico. Supuse que, con el tiempo, superarían el obstáculo psicológico y se unirían a los demás en la recuperación total.

En cierto modo, tenía razón: estas personas se habían topado con obstáculos psicológicos. En cierto modo, estaba muy equivocada: el tiempo por sí solo *no* les haría superar esos obstáculos.

Resultó que nada iba a mejorar *de forma duradera* a menos que hicieran algunos cambios muy específicos en sus hábitos mentales, cambios que estimularían el cuerpo estriado y el tálamo del cerebro, que estaban inactivos desde hacía mucho tiempo. Y si no hacían los cambios, los síntomas de sus días "malos" se volverían rápidamente mucho más graves que antes de que se curara la lesión en el pie.

Tardé más de 15 años en descubrir que estas personas tenían EP tipo I y tipo II. Si se recuperaban *primero* de la EP tipo II y el modo de pausa autoinducida seguía activo, empezaban a manifestar los tipos de pensamientos y comportamientos descritos en este capítulo. Y los pocos casos de este capítulo son solo la punta del iceberg. Lo vi en *cientos* de personas con enfermedad de Parkinson. En los capítulos sobre los síntomas de recuperación, se proporcionan ejemplos de la tremenda diferencia de percepción entre las personas que estaban recuperadas por completo y las que estaban en recuperación parcial, a medida que experimentaban cambios en sus cuerpos en respuesta a la curación de las lesiones. Sospecho que la causa principal de la recuperación parcial es la pausa autoinducida que coexiste y entra en conflicto con los comportamientos del modo parasimpático en las proximidades de la lesión curada.

Desde que empecé a promover la idea de que la EP tipo I debe ser tratada primero, *antes* de trabajar en la lesión o el bloqueo en el canal del estómago o el canal Du, ya no veo los extraños síntomas de la recuperación parcial.

Capítulo diez

Observaciones preocupantes y casos prácticos únicos

No quería esa respuesta

Realmente no quería encontrar un componente psicológico. Quería encontrar una explicación biológica directa de lo que causa el Parkinson y una cura lógica correspondiente. Pensé que había encontrado una, pero solo parecía aplicarse a alrededor del 5 % de mis pacientes con Parkinson.

También sabía que la mayoría de mis pacientes con EP no *querían* que existiera un componente mental que estuviera contribuyendo a sus síntomas. En absoluto.

Casi todos mis pacientes con Parkinson me habían contado, tantas veces, con tanto detalle, cómo sus síntomas aumentaban o disminuían en respuesta a diversos tipos de estrés o métodos de relajación, o incluso *anticipándose* al estrés o a la relajación, y, sin embargo, la mayoría de ellos *insistía* en que su enfermedad era *solo* física: se rehusaban a creer que existía un componente mental.

Como ejemplo del componente mental que era claramente dominante en la mayoría de mis pacientes con EP, uno de ellos se asombró al enterarse por mí de que algunas personas tienen síntomas de EP incluso después de volver del trabajo a casa. Desconcertado, me preguntó: "¿Por qué tendrían síntomas una vez que han acabado el día?".

Él ni siquiera estaba en recuperación parcial. Desde el *principio*, *nunca* había tenido síntomas después de las seis de la tarde. En cuanto se sentaba en el sillón a las seis de la tarde, no tenía síntomas hasta la mañana siguiente. Se negaba a considerar que pudiera haber un componente mental en sus síntomas de Parkinson.

En cuanto a mis pacientes que ahora estaban en recuperación parcial, tanto los miembros de mi equipo como los cónyuges y los amigos de los pacientes y yo misma observábamos nuevos síntomas intermitentes de Parkinson y cambios de personalidad extremos, que dependían del estado de ánimo. Con respecto al desvío de los ojos hacia los costados, la amnesia selectiva o la expresión facial vidriosa en respuesta a sugerencias sobre afirmaciones positivas o a comentarios casuales sobre los síntomas que parecían tener desencadenantes psicológicos, esos síntomas se parecían muchísimo a los comportamientos de una persona que tiene dos personalidades.

Como profesora de psicología, sé que la *mayoría* de los psicólogos consideran que el trastorno de personalidad múltiple (ahora conocido oficialmente como trastorno de identidad disociativo) es incurable. Los *demás* dicen que no existe. Muchas grandes figuras de la psicología opinan que este es el reino de los fenómenos y los fraudes. *No* quise considerar la posibilidad de personalidades múltiples en mis pacientes con Parkinson.

Pero ¿por qué no? ¿Le tenía miedo al "desorden" de un componente psicológico como el trastorno de personalidad múltiple? ¿Le tenía miedo a la etiqueta de "incurabilidad"? El Parkinson se consideraba incurable y, sin embargo, era claro que no lo era, para algunas personas. Entonces, ¿por qué debía preocuparme por otra etiqueta de "incurable"? ¿Me preocupaba la credibilidad de mi investigación?

Cuando un síndrome tiene un componente psicológico, es mucho más difícil aislar las variables de investigación. Los estudios con doble enmascaramiento no suelen tener

sentido para este tipo de síndromes. Los grandes estudios de cohortes con miles de personas que tienen todas una genética similar o que tienen todas un síndrome similar son mucho más difíciles de armar si el problema tiene una base mental. Si, por ejemplo, el problema es una construcción mental altamente individualizada diseñada en secreto para evitar que la persona sienta dolor, podría ser casi imposible diseñar un estudio de cohortes significativo.

El caso práctico único

En el campo de la psicología, el caso práctico único, es decir, el informe de un caso con un solo paciente, se considera cada vez más un tipo de investigación válido e importante. La investigación psicológica recopilada que se basa en casos prácticos únicos es casi lo contrario a un estudio con doble enmascaramiento: a menudo, todos los implicados saben quién está haciendo qué proceso. [36]

Desde la década de 1970, en el campo de la psicología, ha ido creciendo el reconocimiento y la importancia de los casos prácticos únicos. Dado que cada persona responde a las terapias psicológicas de una forma un tanto única, los artículos de las revistas sobre tratamientos *individuales* y resultados *individuales* se han convertido en una fuente de datos respetable para los investigadores y para las personas que intentan encontrar una salida de las patologías con un componente mental.

A partir de casos prácticos únicos y al observar cómo los métodos utilizados con una persona generan resultados o no cuando se utilizan con otra, es posible acumular datos suficientes para demostrar que, *en general*, un determinado porcentaje de personas con una rareza o patología mental determinada *tienden* o *no* a tener una respuesta concreta a una terapia determinada.

Terapia cognitivo-conductual: un ejemplo

Desde que se desarrolló en los años 70 y 80, el tipo original de terapia cognitivo-conductual se ha probado en cientos de miles de personas con depresión. Se ha demostrado que es eficaz en la mayoría de los casos y que es más efectiva que las terapias basadas en medicamentos.

Los investigadores que desarrollaron la terapia cognitivo-conductual, que ahora se reconoce como una poderosa herramienta para reducir la depresión, empezaron con casos prácticos únicos. Con el tiempo, las recopilaciones de casos prácticos únicos demostraron que, aunque no era perfecta, la terapia cognitivo-conductual tenía una tasa de éxito mucho mayor en el tratamiento de la depresión que el enfoque farmacéutico o los enfoques de psicoterapia/análisis.

A medida que la terapia cognitivo-conductual iba teniendo mayor reconocimiento, se realizaron más estudios para investigar si las personas podían utilizar los métodos de forma eficaz trabajando por su cuenta, a partir de un libro. Resultó que el porcentaje de personas que se recuperaban de la depresión mediante un libro de terapia cognitivo-

[36] *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavioral Change* (Diseños experimentales de caso único: estrategias para el estudio del cambio conductual); Hersen, Michael, PhD; Barlow, David, PhD; Pergamon Press; Elmsford, NY; 1976; ISBN 0-08-0019512-1.

conductual era incluso mayor que el porcentaje de personas que se recuperaban haciendo ejercicios de terapia cognitivo-conductual con un terapeuta capacitado.[37]

Biblioterapia

El enfoque basado en libros que realiza uno mismo, llamado "biblioterapia", se considera ahora una vía terapéutica válida. En sus primeros años, la biblioterapia fue despreciada por muchos psicoterapeutas anticuados que utilizaban terapias del habla, como el análisis freudiano, terapias que ahora se ha demostrado que *aumentan* los patrones de pensamiento negativos si su enfoque se centra en profundizar en los problemas en lugar de buscar salidas. La biblioterapia no es un proceso *a ciegas*. El paciente *lee* sobre la terapia y, luego, pone en práctica las sugerencias de los libros. Es él quien provoca los cambios en su propio cerebro. Ningún terapeuta puede hacer el trabajo real de cambiar los patrones de pensamiento de su paciente. El paciente debe hacer ese trabajo. Como la atención se centra en lo que el paciente necesita hacer y no en la relación con el terapeuta, las personas que utilizan la biblioterapia tienden a progresar más rápido. La eficacia de la biblioterapia, que consiste en trabajar por cuenta propia a partir de un libro, ha quedado demostrada en decenas de miles de casos prácticos *únicos*.

Gracias a mis años de experiencia trabajando muy estrechamente con personas con Parkinson, he llegado a la conclusión de que la biblioterapia, y no la psicoterapia, es también la forma *más* eficaz de desactivar la EP tipo I.

Los casos prácticos únicos se consideran muy valiosos cuando se trata de problemas médicos que en la actualidad se consideran incurables. Aunque solo 1 cada 50 personas de un estudio muy pequeño se recupere de una "enfermedad incurable", los hallazgos de ese caso único se consideran muy significativos… *sobre todo* si esos resultados inesperados, por escasos que sean, pueden ser replicados de vez en cuando por otros.

En la época en que se desarrolló la terapia cognitivo-conductual, la depresión grave e incapacitante se consideraba más o menos incurable. Por lo tanto, incluso los casos prácticos únicos en los que las personas se recuperaban eran valiosos.

Después de muchos años y muchos estudios de casos prácticos únicos exitosos, cuando la terapia cognitivo-conductual fue ampliamente reconocida por una gran cantidad de investigadores en el campo, se realizaron estudios cuantitativos más amplios. Estos estudios verificaron aún más que la terapia era, de hecho, útil para un gran porcentaje de personas con depresión.

Este lento proceso de confirmación de una teoría puede llevar décadas. A lo largo del camino, los fundadores de la terapia cognitivo-conductual fueron, por supuesto, despreciados por personas que promovían terapias más tradicionales: psicoanalistas y médicos que recetaban medicamentos para lo que entonces llamaban "depresión química". Algunos terapeutas incluso acusaron a aquellos que defendían la terapia cognitivo-conductual de "culpar a la víctima", porque esta terapia ayuda a los pacientes a sentirse mejor a través del cambio de sus propios hábitos mentales.

Cuando empecé con el Proyecto de recuperación del Parkinson, no conocía las últimas normas de investigación en el campo de la psicología. Por suerte, uno de los

[37] De la introducción del libro *Feeling Good: the new mood therapy* (Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones); David Burns, MD; HarperCollins Publishers; 1980; p. 28. ISBN 978-0-380-81033-8.

primeros asesores de mi investigación, el Dr. Fred Jones, PhD, tenía experiencia en la enseñanza tanto de la investigación médica como de la psicológica. Me sugirió que, al principio, me centrara en casos prácticos únicos. Los lectores de las primeras ediciones de este libro recordarán que esos primeros libros presentaban, en su mayoría, casos prácticos únicos en los que las personas se habían recuperado de forma inesperada de la EP. Esas ediciones reflejaban una comprensión mucho menos *técnica* de lo que sucedía fisiológicamente en las personas que se recuperaban del Parkinson, pero esos casos prácticos eran, en verdad, fascinantes. Mis lectores con EP podían sentirse identificados con sus historias, sus personalidades, sus estoicas respuestas a las lesiones, de una manera que no lograban hacerlo con lo que sus médicos decían sobre las neuronas muertas. Me enviaron correos electrónicos personas de todo el mundo en los que me comentaban que podían ver grandes similitudes entre esos pacientes y ellos mismos, a pesar de que *no* solían ser capaces de relacionarse emocionalmente con otras personas, en su mayoría. Estos informes y otras declaraciones similares de personas con EP me ayudaron a seguir adelante durante los largos años de dudas.

Mis primeros casos prácticos únicos de personas con recuperaciones inexplicables tuvieron una gran importancia a largo plazo. Suscitaron en mí y en otros una curiosidad, e incluso una pasión, por encontrar los denominadores comunes eléctricos, fisiológicos o mentales en las personas con Parkinson, para dar sentido a esos intrigantes casos prácticos únicos.

No quería que tuviera un componente psicológico

Aun así, no quería encontrar un componente mental en las personas con enfermedad de Parkinson. Pero era claro que lo había. Los extraños comportamientos que se parecían mucho a una segunda personalidad, una que no siempre sabía lo que la otra personalidad estaba haciendo, eran la prueba más contundente hasta el momento de que algo psicológico estaba ocurriendo.

Necesitaba un nombre para el proceso mental que impulsaba la personalidad amnésica y los ojos vidriosos de forma breve o intermitente. Me decidí por "el Bloqueador".

Luego, describí las conductas impulsadas por el Bloqueador en *Stuck on Pause*, un libro que publiqué en línea aunque aún no estaba terminado del todo. Muchas personas en recuperación parcial que no eran mis pacientes personales, pero que seguían mi trabajo en internet, me enviaron correos electrónicos después de leer *Stuck on Pause*. Describían sus propias interacciones con su Bloqueador, que era muy real y, a veces, aterrador, cuando intentaban pensar en positivo o hacer afirmaciones positivas. Nadie estaba en desacuerdo con el nombre que yo había dado a esta extraña fuerza que parecía vivir en el cerebro de estas personas y resistirse a sus intentos de alterar el curso establecido.

Algunas personas dijeron que el Bloqueador se manifestaba como una voz. Muchas personas con inclinaciones religiosas occidentales decían que el Bloqueador era un demonio. Un paciente del sudeste asiático dijo que era un fantasma verde, un tipo tradicional de demonio de esa parte del mundo.

En algunos pacientes, el Bloqueador era silencioso, pero se manifestaba en forma de imágenes o señales amenazantes. Por ejemplo, cuando un paciente trató de imaginar que sentía una expansión pericárdica característica del modo parasimpático, vio en su imaginación que tenía pequeños carteles por todas partes en el corazón que decían: "¡Para!", "¡No lo hagas!" y "¡No!".

Otra paciente, mientas trataba de imaginar que tenía el corazón y la cabeza llenos de una luz brillante y de felicidad, vio que el interior de su mente era una cueva con alambre de púas y había un gran cartel que decía "No pasar" en la entrada de la cueva.

Aunque la inhibición de las visualizaciones *positivas* es normal durante la pausa, la visualización de escenarios *negativos* suele realizarse sin esfuerzo. Esto tiene un buen sentido biológico: cuando una persona está inmóvil después de una crisis casi mortal, no es el momento de que empiece a imaginar arco iris y alegres pasos de baile. Preocuparse por desenlaces peligrosos y visualizaciones *aterradoras* podría incluso *ayudar* a una persona con heridas graves a permanecer acurrucada y alerta.

Afortunadamente, cuando las personas se recuperan del Parkinson, se suelen dar cuenta de que pueden volver a ver a imaginar formas en las nubes o ver "caras" en la corteza o en el follaje ralo de un árbol. Pero mientras una persona está en pausa, por lo general, no puede acceder a la parte del cerebro que se encarga del pensamiento imaginativo *positivo* o de la visualización.

En cuanto al Bloqueador, su presencia era un problema común en muchas personas en recuperación parcial que intentaban poner en práctica tipos convencionales de autoayuda para cambiar la mente y el estado de ánimo o terapias cognitivo-conductuales con el fin de desactivar su grado patológico de cautela, que desencadenaba o amplificaba sus síntomas de EP.

Las personas del capítulo anterior que declararon que, en realidad, no podían recuperarse a pesar de ver cambios positivos, o que declararon que no merecían recuperarse, estaban obedeciendo las instrucciones de una parte de sus mentes a la que ahora llamo sus Bloqueadores. El Bloqueador puede ser totalmente ilógico y, a la vez, completamente convincente.

Como acupuntora licenciada, el asesoramiento psicológico no está dentro de mi campo profesional. Sin embargo, la ley me permite enseñarle a un paciente terapias de autotransformación siempre que cumpla con los criterios de la descripción del Qi Gong médico.

El Qi Gong médico es el arte de utilizar la visualización, las afirmaciones, las sensaciones de energía o movimientos físicos específicos, con el fin de provocar cambios en la forma en que una persona utiliza o percibe su energía física y mental.

Animaba a mis pacientes en recuperación parcial a probar varias terapias de autoayuda, tanto reconocidas como alternativas, como el Qi Gong y la terapia cognitivo-conductual. Algunos de mis pacientes también trabajaban con terapeutas o hipnoterapeutas. Ninguno de estos métodos parecía ayudar. Peor aún, los intentos repetidos de cambios mentales positivos, incluso las afirmaciones breves, parecían envalentonar y fortalecer al Bloqueador.

Un recordatorio: como se ha señalado antes, el Qi Gong, el yoga, las afirmaciones positivas y otras terapias de percepción *corporal* ***sirven*** *solo* en los casos de Parkinson tipo II.

Muchas personas me han escrito para preguntarme si deberían evitar hacer Qi Gong u otras terapias que ayudan a la EP tipo II *si* tienen EP tipo I o tienen ambos tipos, I y II. No se preocupen, sea cual sea el tipo de EP que tengan, sigan adelante y practiquen yoga y Qi Gong como lo han estado haciendo. Tengan en cuenta que, *si* tienen EP tipo I, es probable que estas terapias no les generen alegría, percepción corporal ni ninguno de sus otros

beneficios, ni que tampoco los ayuden a avanzar en la recuperación. Mientras tengan EP tipo I, no podrán *realizar* estas técnicas de forma correcta, significativa y eficaz.

He tenido pacientes con EP que eran *muy* hábiles en estas artes, incluso *profesores* de yoga y de Qi Gong con experiencia. Habían desarrollado gradualmente la enfermedad de Parkinson, a pesar de haber practicado estas técnicas durante décadas. porque, en realidad, nunca las hacían de forma correcta: nunca las hacían con plena conciencia *somática* mientras se mantenían en modo parasimpático. Se limitaban a realizar los movimientos *físicos* mientras mantenían el cuerpo en pausa. No hay mucho riesgo de que una persona cure sin querer de una lesión disociada mientras sigue haciendo sus ejercicios y *mientras* se mantiene en pausa autoinducida.

Como dijo un paciente: "Hice ejercicios de Qi Gong casi a diario durante más de 20 años mientras desarrollaba lentamente la enfermedad de Parkinson. Solo después de recuperarme supe lo que se *sentía* al practicar Qi Gong de verdad. Me di cuenta de que, en realidad, *no* había estado haciendo Qi Gong en absoluto durante esos años. Me había limitado a seguir los movimientos físicos".

Dicho esto, una persona con EP tipo I y tipo II *no* debería hacer tratamientos Yin Tui Na para reasociarse y curarse de una lesión que pudiera estar *ayudando* a mantener activos los circuitos del modo de pausa. A diferencia del yoga y el Qi Gong que practican de forma ineficaz e incorrecta, que no los están ayudando, es posible que la colaboración de otra persona que practica Yin Tui Na los anime a volver a asociarse con su(s) lesión(es) *antes* de que desactiven el modo de pausa. Y eso sería malo.

Si tienen EP tipo I combinada con cualquier otro tipo de EP, recupérense primero de la EP tipo I. *Después*, ocúpense de la lesión. Si la(s) lesión(es) no se cura(n) de forma espontánea al cabo de unas semanas después de haber desactivado el modo de pausa, pueden intentar usar Yin Tui Na, Qi Gong o cualquier otra cosa que los ayude a prestar atención a su lesión y a sentirse seguros con ella.

Capítulo once

Lo más extraño de todo: las epifanías

Si nos adentrarnos aún más en el reino de lo inesperado, podremos ver que hay *varias* personas con Parkinson tipo I *o* tipo I *más* tipo II que se recuperaron *por completo*, casi de manera instantánea, en cuestión de minutos, en respuesta a una epifanía totalmente inesperada.[38]

Por ejemplo, una persona llevaba varios años en recuperación parcial. Terminó estando postrada en la cama la mayor parte del tiempo debido al rápido empeoramiento de sus síntomas tras el tratamiento Yin Tui Na exitoso de su lesión en el pie y una mejora intermitente de los síntomas a muy corto plazo. A pesar de la extrema gravedad eventual de sus síntomas, que la mantenían postrada en la cama, se recuperó casi de manera instantánea, en cuestión de minutos, tras su epifanía, cuando inesperadamente se encontró gritándole a Dios: "*Quiero* vivir, *quiero* vivir!"

Cuando la conocí, unos años después de su recuperación, me dijo: "Jamás me di cuenta de que inconscientemente no quería vivir, pero supongo que era cierto".

En cada uno de estos casos de recuperación gracias a una epifanía, las personas se habían terminado dando por vencidas después de décadas de intentar ser amables con los *demás* mientras se mantenían fuertes, incluso estoicas con respecto a sí mismas: mantenían un grado extremadamente alto de autocontrol "noble" y entumecimiento emocional hacia sí mismas. En cada caso de epifanía, las personas habían comenzado una conversación no planificada de manera inesperada, ya sea en silencio o en voz alta, en la que expresaban su enojo con Dios o su entrega y agradecimiento hacia Él o hacia algún poder superior o un ser querido fallecido, a los cuales llamaré en este libro "amigo invisible". Es posible que antes hayan hablado con el amigo invisible en silencio y *de forma sumisa*, pero lo mantenían alejado emocionalmente.

La *causa* del cambio fue diferente en cada persona, pero cada una decidió *de forma consciente* cambiar una actitud u opinión troncal.

Durante sus epifanías, hubo un cambio repentino en sus convicciones previas, como, por ejemplo, la idea de que nunca hay que bajar la guardia; de que no vale la pena vivir; de que "nunca pidieron nacer" (vaya, claro que sí); de que la vida fue injusta (a fin de cuentas, no lo fue); o alguna otra excusa de larga data a la que se aferraban para vivir como si estuvieran medio muertos. Era como si dejaran de escuchar los argumentos producidos por la pausa y el Bloqueador y comenzaran a escuchar el apoyo afectuoso de una voz diferente.

El cambio puede consistir en dejar que un amigo invisible *o* el amor que ese amigo representa se apodere o tome el mando de la vida del paciente. O puede ser la decisión de aceptar finalmente el amor o la verdad de un amigo invisible. El cambio puede deberse a la

[38] Definición de epifanía: (1) percepción *repentina* de la naturaleza o el significado esencial de algo. (2) comprensión intuitiva de la realidad a través de algo (como un evento), por lo general, simple y sorprendente. (3) descubrimiento, comprensión o revelación esclarecedores.

decisión de dejar de escuchar la incesante voz interna colmada de negatividad, una voz que proclama que la batalla de la vida debe librarse *en soledad*.

En los textos espirituales, entregarle la responsabilidad a una persona que ofrece consuelo, a menudo, es sinónimo de "entrega". La entrega puede ir acompañada de un enorme alivio y relajación. Pero, según mi experiencia, la mayoría de las personas con Parkinson tienen un gran temor a la idea de "entrega", ya que asocian la palabra con la muerte inminente o el aumento del sufrimiento. Cuando una persona no comprende claramente de que se trata esta entrega, podría venirle bien pensar en un niño pequeño que tiene una rabieta debido a alguna frustración. Su angustia va aumentando cada vez más hasta que, por fin, colapsa. Se *rinde* y deja que el padre o la madre lo sostenga y lo consuele.

En las recuperaciones gracias a una epifanía, en algún momento de la arenga, las personas con Parkinson se sienten abrumadas de repente por un sentimiento interno de amor y seguridad, rompen en llanto, toman bocanadas profundas de aire, sienten escalofríos que les recorren la columna, y el Parkinson desaparece. Para siempre.

Cuando una persona tiembla después de una conmoción, siente uno o dos escalofríos fuertes que la ayudan a "sacársela de encima" y luego reaccionan. Del mismo modo, estas personas tuvieron la epifanía de que estaban a salvo. No estaban existencialmente solas. Eran amadas. Y luego sintieron escalofríos y "reaccionaron". Su Parkinson había desaparecido para siempre.

Como señalé antes, después de esa *desaparición* casi *instantánea* del Parkinson, las personas aún tendrán que sanar de las décadas de inhibición nerviosa, rigidez muscular y, en otras áreas, atrofia muscular. Pero, sin duda, el *factor generador* del Parkinson habrá desaparecido… en un instante. Y es muy evidente. La recuperación instantánea gracias a una epifanía hizo que este síndrome pareciera aún más un trastorno mental. Ahora entienden por qué estaba segura de que existía un componente mental. Aunque no me agradaba incorporar la idea de un componente mental, y mucho menos el drama del trastorno de personalidad múltiple, estaba rotundamente decidida a *no* seguir el camino de la sanación por la fe o las epifanías.

Esto era hipócrita de mi parte, ya que mi propia recuperación de la enfermedad de Parkinson había sido gracias a una epifanía.

Uno de mis asesores médicos del Proyecto de recuperación del Parkinson me dijo al principio que, independientemente de la forma en que *yo* me recuperé, mi caso personal *no* debía ser de gran importancia en mi investigación general. Podía utilizarlo como un conjunto de datos más, pero debía tener cuidado de *no* basarme demasiado en el hecho de que yo también me había recuperado. Mis datos personales y mi caso práctico individual solo eran importantes por lo que aportaban al panorama general.

Debido a que el estilo de recuperación gracias a una epifanía espontánea no era para nada frecuente y (en ese momento) *no* parecía aportar nada a la comprensión biológica del Parkinson, minimicé mi recuperación en mis primeros escritos y seguí buscando lo que yo pensaba que debían ser respuestas biológicas.

Durante años, no logré conectar lo que produjo la epifanía de cada persona: una comunicación enérgica, incluso extremadamente honesta y/o íntima, alegre e irrespetuosa, con alguien o algo afectuoso, invisible y externo e independiente de uno mismo, un comportamiento que puede *estimular el cuerpo estriado*, un área cerebral que se *inhibe* cuando una persona está en pausa.

En 2015, me topé con una investigación cerebral radicalmente novedosa y fue la primera vez que escuché hablar sobre la conexión entre la activación del cuerpo estriado y la comunicación basada en las palabras. Esta investigación mostró cómo sentimientos y pensamientos comunicativos específicos podían aumentar la actividad en el tálamo y el cuerpo estriado: si una persona *se siente* repleta de amor por algo externo a sí misma, aumenta la actividad en el tálamo. Incluso si una persona *piensa* en *comunicarse* mentalmente con algo afectuoso fuera de sí mismo, aumenta la actividad en el cuerpo estriado.

Después de leer sobre esta nueva investigación cerebral, volví a repasar mis notas y confirmé que todas las personas que habían tenido una recuperación gracias a una epifanía también habían estado hablando de forma periódica y *durante un largo tiempo* con alguien externo a sí mismas, ya sea un ser espiritual, un ser querido fallecido, un tótem animal o un guía espiritual: un "amigo invisible". Durante la epifanía, las personas habían aumentado el nivel de confianza en la relación; muy a menudo, se trataba de la confianza en que el amigo era más competente para tomar el mando de sus vidas, podía consolarlas, o al menos estaba preparado para darles consejos o ayudarlas. Los pacientes ya no tenían que "estar al mando" o "estar solos" en el mundo. Por fin, habían dejado de lado un distanciamiento mental y emocional de larga data entre sí mismos y el amigo invisible, y estaban dispuestos a confiar en el amigo *más* de lo que confiaban en sus propias mentes. La palabra que utilizan muchos de los que se recuperaron del Parkinson tipo I fue "entrega". Me explicaron que tuvieron que renunciar a la forma controladora que tenía su cerebro para enfrentarse a la vida. "Se entregaron". Dejaron que su lado afectuoso, colmado de actitud positiva, que habían estado reprimiendo durante mucho tiempo, se *comunicara* en silencio con alguien más que era afectuoso y protector. Dejaron que ese otro alguien fuera su protector. Y fue entonces cuando pudieron bajar la guardia.

Como mencioné antes, había tomado muchísimas notas sobre todos los aspectos posibles de la vida de mis pacientes. Pude confirmar con mis notas que todos los pacientes que se habían recuperado gracias a una epifanía habían mantenido durante mucho tiempo el *hábito* de comunicarse mentalmente con algún tipo de amigo invisible. La comunicación podía ser una conversación periódica con una madre difunta o un amigo de la infancia, o incluso con una mascota adorada que había fallecido. También podía tratarse de una práctica espiritual que consistía en comunicarse casi de manera constante, aunque solo fuera por obligación, con algún aspecto de lo Divino.

En mi caso, se trataba de una disciplina espiritual, un hábito que practicaba de manera obediente, aunque de forma mecánica o, a veces, con resentimiento, pero igual lo hacía. La disciplina consistía en obedecer estas simples reglas: nunca te permitas imaginar que estás solo; debes saber que Dios o un representante está a tu lado; habla siempre en silencio con Dios; la compañía que tienes es más fuerte que tu propia fuerza de voluntad, así que permanece siempre en compañía de los santos y comparte todos tus pensamientos con ellos.

Estos son preceptos básicos en *todas* las religiones más extendidas en el mundo. Por ejemplo, un adepto al Nuevo Testamento entendería que todo esto se incluye en la admonición: "orad sin cesar". [39]

Relaciones parasociales

En el campo de la psicología, desde los años cincuenta, el término "relación parasocial" se ha utilizado para describir lo que originalmente se consideraba una relación unidireccional, a menudo, entre un integrante del público y el artista. El integrante del público siente que existe una relación. Incluso puede mantener conversaciones en silencio, significativas e imaginarias con el artista *fuera* del contexto de la obra; el artista se convierte en un amigo personal e invisible. En los años cincuenta, que estuvieron dominados por Freud, se suponía que esta relación era algo infantil y que posiblemente estaba relacionada con los "amigos imaginarios" que suelen tener los niños y que los padres suelen rechazar con crueldad.

Hoy en día, los psicólogos reconocen que muchas personas tienen una relación sana y de apoyo con un amigo invisible bondadoso, y la relación *no* siempre es unidireccional. Muy a menudo, el amigo ofrece apoyo y consejos desde el afecto, e incluso desde el humor y la perspicacia. El término relación parasocial se sigue utilizando para describir estas relaciones, pero ahora se reconoce que pueden ser bidireccionales, beneficiosas e incluso bastante comunes. [40]

En los círculos espirituales, este tipo de relación con el santo, salvador, gurú o tótem animal preferido tiene muchos nombres en muchas religiones. "Practicar la presencia de Dios" es una frase que en la actualidad volvió a utilizarse en varias religiones. Esta frase era utilizada por el hermano Lorenzo de la Resurrección (1614-1691), quien la describió en su libro *Máximas espirituales*. En este explica de forma concisa su disciplina espiritual que consiste en hablar de manera constante con Dios y sentirse tangiblemente cerca de Él.

Las búsquedas espirituales que emprenden los nativos estadounidenses y los pueblos de las Primeras Naciones de Norteamérica son, a menudo, la búsqueda de un amigo invisible y una guía. En estos rituales que tienen lugar cuando se cumple la mayoría de edad, los adolescentes deben marcharse solos hasta que entablen una relación con algún tótem animal, antepasado o espíritu con el que puedan comunicarse íntimamente y que los aconsejará y protegerá durante el resto de sus vidas. Este rito ayuda a los adolescentes a dejar de depender de sus madrees o de sus tías cuando buscan consuelo. Al encontrar a un ser omnipresente con quien pueden comunicarse, aprenden a estar en permanente contacto con una fuente de energía más amplia, y, por consiguiente, con su corazón: aprenden a pensar con el corazón.

En muchas religiones occidentales y orientales, se fomenta la práctica de hablar de manera constante con algún aspecto de lo Divino. Por desgracia, tanto las culturas orientales

---

[39] Tesalonicenses, 5:16.

[40] "*Secret Friends: Tapping Into the Power of Imagination*" (Amigos secretos: cómo sacarle provecho al poder de la imaginación). Este archivo de audio de 51 minutos de duración consiste en una entrevista a personas "que se han entrenado para experimentar lo invisible como real". www.NPR.org/2020/01/27/7999635099/secret-friends-tapping-into-the-power-of-imagination

como las occidentales parecen estar dejando de enseñarles a los niños la importancia de desarrollar una relación con un ser afectuoso e invisible con quien pueden comunicarse a medida que se adentran en la adolescencia y se alejan del apoyo tangible, pero, en última instancia, poco fiable, de los familiares y amigos. Quizá algún día comprendamos mejor la profunda necesidad que tienen los seres humanos de este tipo de apoyo afectuoso y omnipresente y volvamos a fomentar la comunicación con él, ya sea desde un punto de vista laico *o* religioso.

El consejo y el apoyo afectuosos y constantes de una "fuente externa", si *no* se asocia con un amigo en particular, a veces, se conoce como la voz de la conciencia o la voz de Dios. Puede considerarse como nuestra sabiduría innata, una sabiduría afectuosa asociada al corazón, en contraposición a la corriente de pensamientos constante y basada en el ego que genera el cerebro. [41]

En los dibujos animados, esta relación suele representarse con un ángel sentado en el hombro de una persona. Muy a menudo, en el otro hombro hay un diablillo o diablo ególatra. Ambos compiten por la atención de la persona.

Los animales no necesitan desarrollar esta conexión. Existe desde siempre. A menos que hayan sido torturados hasta el punto de volverse trastornados, los animales no tienen la capacidad mental de engañarse a sí mismos y pensar que están separados del amor unificador.

El corazón, o mejor dicho, el tejido conjuntivo altamente conductor que se encuentra *alrededor* del corazón, el pericardio, actúa como un receptor/transmisor de radio. Cuando una persona deja que el pericardio guíe sus pensamientos, puede "sintonizar" las frecuencias del tipo cardíacas de sus seres queridos, santos o sabios, ya sea que estén vivos o hayan fallecido. Según la antigua física védica, esta comunicación del corazón utiliza ondas gravitacionales, que son más rápidas y menos perturbables que las meras ondas electromagnéticas de los pensamientos cerebrales.[42]

---

[41] Karl Jung, el famoso filósofo/psicólogo/explorador, le preguntó una vez a Ochwiay Biano, jefe de los indios Pueblo, su opinión sobre el hombre blanco. El jefe dijo que los hombres blancos deben estar locos porque piensan con la cabeza, y todos sabemos que solo los locos hacen eso. Jung le preguntó cómo pensaban los indígenas. El jefe respondió que, desde luego, pensaban con el corazón. (Extraído de *The Sun*; "Sunbeam (Cartas al editor)"; Laurens van der Post; septiembre de 2007; p. 48.)

[42] La física védica (India antigua) sostiene que la materia se origina a través de la condensación de ondas sutiles: las ondas fundacionales "originales" de la creación son generadas por la conciencia de Dios (la Palabra, en las escrituras judeocristianas, o el Sonido o la Voz, en el védico). Estas ondas puras de conciencia, también conocidas como ondas de "Sonido" o "Sonido divino", pueden condensarse en las ondas más densas de "movimiento", que en la modernidad se conocen como ondas gravitacionales y en el védico como ondas en la fase de aire. Desde allí, las ondas gravitacionales pueden condensarse en ondas de luz. Las ondas de luz pueden condensarse en tipos de ondas electromagnéticas sutiles, y estas pueden condensarse en las ondas más densas de todas, las ondas electromagnéticas asociadas con los comportamientos de los electrones en la materia tangible.

Las cinco fases de ondas que se utilizaron en la creación de la ilusión de la materia son, traducidas del védico, el éter (ondas de sonido o de conciencia de Dios), el aire (ondas de movimiento o gravitacionales), el fuego (ondas de luz), el agua (ondas electromagnéticas sutiles) y la tierra (ondas electromagnéticas, las más densas y más fáciles de percibir, como las generadas por

La mayoría de nosotros hemos tenido la experiencia de pensar repentinamente y con cariño en un amigo, y que suene el teléfono o llegue una carta al buzón y sea nuestro amigo. Este proceso utiliza la "radio" del pericardio, no el pensamiento controlado por hábitos de la mente consciente. Los grandes santos a menudo han desarrollado el poder de esta conexión hasta el punto de que dan testimonio de conversar de forma directa con algún aspecto de lo Divino, que pueden sintonizar a través de sus corazones.

Tener el hábito bien arraigado de conversar en la mente con alguien que los quieres y con quien pueden reírse y ser ustedes mismos sin problemas, ya sea su primo Larry que ha fallecido o algún aspecto de Dios, ayuda a mantener la atención en las ondas que genera o recibe el corazón. Conversar con un amigo de confianza a quien no le deben mostrar respeto *también* estimula las corrientes que recorren el *mesencéfalo* y mantienen el cuerpo estriado y el tálamo activados y los circuitos corporales funcionando, más que nada, en patrones del modo parasimpático.

Por el contrario, permanecer atrapados en un monólogo negativo y crónico colmado de desconfianza los hace repetir ciegamente los hábitos negativos y ególatras de pensamiento que se han recogido y acumulado en los *hemisferios* del cerebro. Esto los mantiene orientados hacia los modos simpático y/o de pausa e *inhibe* de forma activa el modo parasimpático. No es posible mantenerse neutral ante los pensamientos. Uno siempre está haciendo una cosa o la otra: fomentando los pensamientos positivos o reforzando los negativos.

Epifanías en presencia del amigo

Las epifanías de mis pacientes se producían (y el Parkinson se desactivaba) cuando la conversación, por alguna razón (en general, la desesperación por el dolor, el miedo o el darse por vencido), se llevaba a un nivel más profundo, pasional, íntimo y de confianza que antes, de modo que aumentaba la *sensación* de conexión mutua *o* la *calidad* desinhibida de la comunicación. O ambas.

Según las nuevas investigaciones cerebrales, este aumento de la sensación de conexión habría estimulado el tálamo y el cuerpo estriado y, por lo tanto, habría permitido a la persona con EP dejar mentalmente de lado su violenta sensación de aislamiento y necesidad de autocontrol amplificadas por la pausa. Este cambio ocurrió cuando, *al fin*, mis pacientes permitieron en sus mentes que el amigo invisible los consuele y/o se ría de ellos con cariño.

A continuación, la pausa autoinducida se desactivó de inmediato, como se *supone* que debe ocurrir cuando una persona 1) empieza a sentirse estable por dentro y 2) confirma que se siente bien segura para volver a la vida.

En 2015, dadas las nuevas investigaciones sobre el cuerpo estriado y el tálamo, esas recuperaciones gracias a una epifanía ya no parecían tan fortuitas y ajenas a mi investigación como había supuesto al principio.

---

lo tangible). Estas cinco fases, a veces, se denominan poéticamente los cinco "elementos" o, en sánscrito, el *pancha tattva*.

Estamos hechos "a imagen y semejanza de Dios", es decir, nosotros también tenemos la capacidad de generar, transmitir y recibir todos estos tipos de ondas, pero solo si utilizamos nuestra capacidad basada en el *corazón* para generar ideas y recibir y transmitir información de las ondas, *no* nuestras mentes muy limitadas, basadas en el *cerebro* y el ego.

Un caso práctico de las epifanías

A finales de los años noventa, un par de años después de haber comenzado mi investigación sobre la EP, un amigo íntimo y colega me diagnosticó mientras le describía los síntomas de la enfermedad de Parkinson en el canal del estómago.

Me preguntó: "¿Qué estás tratando de decirme?".

Le respondí: "Te estoy contando que todos los síntomas del Parkinson encajan con el Qi que fluye en retroceso en los canales del estómago y el intestino grueso".

"¿Qué estás tratando de decirme?" — me preguntó de nuevo, pero más despacio.

—"¿A qué te refieres?"

—"Acabas de describir todos los síntomas haciendo referencia a ti misma y los síntomas que dices que tienes desde hace algunos años y que van en aumento. Incluso tus golpecitos con el dedo índice cuando está en reposo son cada vez más frecuentes".

—"Oh…"—seguido de un largo silencio — "Bueno, no tengo Parkinson. No digas tonterías". Me fui bruscamente.

Estaba abatida por su diagnóstico, pero tuve que terminar aceptando que tenía razón.

No había podido encontrarle la explicación a un episodio reciente de marcha oscilante. Mientras me encontraba corriendo unas 6 millas, pasó un camión de cemento y perdí la concentración mental en las piernas cuando quise mirarlo. Me caí con los brazos y las piernas abiertas sobre una gravilla horrible porque mis piernas comenzaron a moverse de repente en cámara lenta y no pudieron seguirle el ritmo al torso. Desde hacía unos años, cada vez me costaba más darme vuelta en la cama.

Tenía menos de 50 años, pero a menudo necesitaba que mis familiares me dieran la mano para levantarme del sofá si me quedaba sentada "demasiado tiempo", a pesar de que me encantaba salir a correr.

Últimamente, al pasear por la ciudad, a menudo me veía reflejada en los escaparates de las tiendas. Mi cuerpo estaba cada vez más encorvado con los codos doblados en un ángulo de noventa grados. Mi postura estaba distorsionada por completo. Enderezaba la columna y relajaba los brazos. Continuaba paseando y en el siguiente escaparate volvía a verme encorvada y doblada.

Ya no podía coordinar las manos lo suficiente como para tocar música clásica en el piano. Volví a tocar solo ragtime, donde el tiempo no es tan importante.

Durante los últimos dos años, cuando me miraba en el espejo a la mañana mi cara estaba inexpresiva. Forzaba una sonrisa para empezar mi día. Cada vez más gente por la calle me decía al pasar: "Oye, ¿qué te sucede?… ¡Sonríe!" o frases por el estilo. Antes, completos desconocidos solían decirme: "¡Tienes una sonrisa hermosa!"

La gente estaba empezando a tener problemas para entender mi letra. Por las noches, mientras leía antes de acostarme, mi dedo índice derecho temblaba sin cesar.

Hice una lista de mis síntomas de Parkinson. Aunque eran moderados, tenía *todos* los síntomas clásicos del Parkinson, y más de dos *decenas* de los más ocultos, como la incapacidad para separar el segundo y el tercer dedo del pie (el extremo del canal del estómago) en el lado más afectado y una sensación de opresión en la parte superior del pecho al levantar los brazos por encima de la cabeza. Esta presión se debe a la rigidez de los músculos pectorales, que se encuentran en el recorrido del canal del estómago.

Otro ejemplo de un síntoma "oculto" es la forma muy específica en que la mayoría de las personas con Parkinson se dan vuelta en la cama por la noche (mientras aún pueden

hacerlo). Mientras están acostado boca arriba o de lado, suben las rodillas lo más que pueden hacia el pecho. A continuación, llevan la cabeza y los hombros hacia delante, para colocarse en posición fetal. Luego, con una fuerte sacudida lateral, giran el cuerpo entero hacia el lado deseado.

Por el contrario, cuando una persona sana se da vueltas no necesita tanta energía. Empieza por la cabeza, los hombros o la cadera y la pierna y deja que el resto del cuerpo se acomode solo suavemente.

Durante algunos años antes de que mi amigo me diagnosticara EP, había estado dándome vuelta en la cama usando la sacudida en posición fetal.

También me había entrenado, durante décadas, para exhalar de manera muy leve y constante cada vez que tenía comida en la boca, con el fin de evitar la aspiración de partículas de comida y los ahogos y espasmos de garganta que acompañan a la aspiración. Incluso había consultado a un médico, casi 15 años antes, porque de la nada me ahogaba con mi propia saliva y esto me ocurría con frecuencia. Este me había asegurado que no era posible ahogarte con tu propia saliva. Me dijo: "Es físicamente imposible. No tienes nada. Es tu imaginación".

Pero desde que comencé el proyecto sobre el Parkinson, me enteré de que muchos de mis pacientes practicaban esta exhalación cautelosa, ligera y constante mientras masticaban. E incluso con esta precaución, a menudo, tenían ahogos espontáneos, es decir, "se ahogaban con su propia saliva". Una persona que está en pausa tiene un reflejo de deglución muy deficiente, y puede atragantarse fácilmente con su propia saliva cuando esta se desliza hacia la tráquea, en lugar de hacia la sonda gástrica.

Los neurólogos desconocen la mayoría de los síntomas más ocultos, pero si realizamos una recolección minuciosa de datos de apenas unas pocas decenas de personas con Parkinson, lograremos crear una larga lista de síntomas que no son frecuentes en la población general, pero sí en las personas con enfermedad de Parkinson. Yo tenía casi todos estos síntomas "ocultos".

Y lo más significativo fue que, en el momento en que mi amigo me diagnosticó, yo ya había visto a gente recuperarse del Parkinson. Había *visto* gente recuperarse. Sin embargo, casi mi primer pensamiento luego del diagnóstico fue: "No seré como ellos… No tendré la suerte de recuperarme".

Este pensamiento me asustó y me enfureció. Esta actitud de "no tendré la suerte de recuperarme" ya la habían manifestado la *mayoría* de los nuevos pacientes del grupo de apoyo para la EP que había reclutado, y nunca antes me la habían manifestado los que resultaron ser pacientes tipo II o tipo IV.

Por otra parte, *algunas* personas que estaban atrapadas en la pausa autoinducida tenían la poderosa convicción, basada en su capacidad autopercibida de "espíritu sobre la materia", de que "*tendrían* la suerte de recuperarse", pero no lograron desactivar la pausa a pesar de su determinación. Al parecer, la capacidad de entregarse emocionalmente o de disfrutar del humor autocrítico o reírse de sí mismo es un mejor indicador de la recuperación que una fuerza de voluntad muy sólida y una determinación feroz de triunfar. Estas últimas características describen la personalidad en pausa. Esta no puede desactivarse por sí sola, sino que solo la persona/personalidad que *activó* la pausa puede desactivarla.

Las personas con Parkinson tipo I *sabían* que no podían recuperarse o *sabían*, aunque estaban equivocados, que podían recuperarse a través del uso de su excepcional y enérgico poder de voluntad.

En contraposición, el paciente tipo IV del que hablé en el capítulo 2 se había reído alegremente de la posibilidad de recuperarse poco antes de que ocurriera: "¡Ja, ja! ¡Qué gracioso sería si *me* recuperara!"

Antes de mi diagnóstico, este despreocupado rechazo de la esperanza en la mayoría de los nuevos pacientes que había reclutado me llenaba de resentimiento. En definitiva, había visto a gente recuperarse de este síndrome. ¿Por qué tantos de los nuevos pacientes eran tan negativos con respecto a la posibilidad de *recuperarse*? Y ahora yo estaba mostrando la misma negatividad, inusual para mí, en lo que respectaba a mi propia posibilidad de recuperación.

Muchos de los nuevos miembros del grupo de apoyo para la EP querían conocer y hablar con alguien que se hubiera recuperado para dejar de lado su cinismo. En los comienzos del proyecto sobre el Parkinson, organizaba reuniones para que los pacientes con EP pudieran conocer a una o dos de las personas que se habían recuperado.

En lugar de ser pedagógicas o una fuente de inspiración, estas reuniones *siempre* tenían el efecto contrario. Después de reunirse con una persona que se había recuperado, *todos* los pacientes con EP decían: "*Yo* no me parezco a esa persona. *Soy* diferente. Así que *no* podré recuperarme incluso si *todos los demás* lo logran".

También escuché mucho: "Esa persona [que se recuperó] luce completamente normal. No creo que su Parkinson haya sido muy grave. El mío está más avanzado, así que *no* lograré recuperarme".

Me molestaban mucho sus actitudes negativas y, sin embargo, durante varios días después de que me diagnosticaran la enfermedad, no pude evitar tenerlas yo misma. Me enfurecí, estaba convencida de que ese era el fin. Yo era diferente a aquellas personas que se habían recuperado. La recuperación no era una opción para mí. ¡Diablos! Justo en el mejor momento de mi vida.

Por otra parte, mi nuevo diagnóstico me ayudó a entender por qué siempre había tenido la sensación de poder terminar las frases de mis pacientes cuando intentaban describir cómo se sentían sus síntomas desde el interior.

Y quizá *yo* no había sacado la conclusión inmediata de que no podía tener la suerte de recuperarme. ¡Quizás formaba parte de la personalidad parkinsoniana!

Al cabo de unos días, decidí de repente que, al final, no tenía Parkinson. En realidad, se trataba de la enfermedad del médico, es decir, la manifestación repentina e inducida psicológicamente de los síntomas en una persona que está *estudiando* un síndrome. Así que me senté y escribí una lista más exhaustiva de todos los rasgos físicos y de *comportamiento* un tanto idiosincrásicos que había notado en mí y que *podrían* estar relacionados con el Parkinson, *así como* su fecha aproximada de aparición.

Algunos de mis síntomas se remontaban a 15 atrás o más. El evento de giro cerebral muy memorable previo a la EP, que es probable que se haya desencadenado cuando el canal del estómago hizo cortocircuito por primera vez desde ST-8 a GB-14 y GB-7 (consulten la página 4 y el capítulo 28), había ocurrido cuando tenía 17 años. Algunas personas recuerdan este evento. Otras no. Mi hipótesis es que, si el evento ocurre mientras uno duerme, no lo recordarás.

Uno de los síntomas se remontaba a la edad de 7 u 8 años. De vez en cuando, me arrancaba en secreto la uña entera del dedo más pequeño del pie derecho. La sacaba del lecho ungueal hasta la cutícula, porque durante los días siguientes la ligera sensación de

palpitación me hacía tomar consciencia de mi pie, que cada vez estaba más entumecido, lo que me resultaba extrañamente tranquilizador.

Aún no había comunicado a mis pacientes la alarmante noticia de mi diagnóstico. El día siguiente a haber hecho la lista nueva y más extensa, les pregunté de manera informal a algunos de mis pacientes voluntarios con Parkinson si habían experimentado algunos de los síntomas de mi nueva lista.

A mi primer paciente del día le pregunté: "¿Alguna vez te arrancaste la uña del pie hasta la raíz porque te gustaba la sensación de palpitación que sentías después, como si fuera una especie de alivio?"

Su esposa exclamó: "¡No! ¡Qué asco!"

El paciente me miró boquiabierto. Se quedó sin palabras. Esperé. Finalmente, susurró con miedo: "*¿Cómo* lo sabes?"

La frecuencia de ese síntoma resultó ser *muy* baja. La mayoría de mis pacientes con EP *no* lo habían hecho. Fue tan solo una linda casualidad que mi primer paciente del día hubiera hecho lo mismo que yo y por la misma razón. Aun así, al final de la semana, había descubierto que muchos de mis comportamientos idiosincrásicos *no* eran tan inusuales en las personas con Parkinson. Muchos de mis comportamientos relacionados con la EP y de mis síntomas incipientes de la EP se remontaban, al menos, hasta 10 años atrás, e incluso hasta la infancia.

Llevaba menos de 2 años con el proyecto sobre el Parkinson. Así que mis síntomas no se debían a la enfermedad del médico.

Tenía Parkinson.

Entonces decidí que podría sacarle provecho a mi diagnóstico de Parkinson para ayudar aún más a mis pacientes. A fin de cuentas, la forma en que las teorías médicas occidentales describían este síndrome *no* encajaba con la forma en que todos nosotros *nos sentíamos* por dentro. Ahora tenía que decir "nosotros".

Pero seguía sintiéndome deprimida, inusualmente resentida con Dios y segura de que no me iba a recuperar. Me avergonzaba de las tres.

Como profesional de la medicina, siempre había visto que los pacientes a los que les iba mejor eran aquellos que encontraban alguna forma de ver el lado bueno de las cosas, alguna forma de estar agradecidos a pesar de cómo están saliendo las cosas. Yo quería ser como esa gente.

Y así fue que, una tarde, más de una semana después de que mi colega me diagnosticara Parkinson, me obligué a entrar en mi sala de meditación para tener una larga charla con Dios. Me dije a mi misma que no podía salir de la sala hasta que me sintiera agradecida de verdad. No sabía ni me importaba por qué cosa en particular iba a estar agradecida, pero sí sabía que, cuando surgen dificultades incomprensibles, siempre debía buscar la explicación más amable posible, para estar más cerca de la verdad.

Empecé a hablar en mi mente con Paramahansa Yogananda (1893-1952), un santo de la India al que me sentía cercana desde hacía mucho tiempo. Me refiero a esto genéricamente como "hablar con Dios". Para mí, Dios es demasiado vasto para imaginarlo, así que cuando "hablo con Dios", en realidad, me enfoco en algún humano que, para mí, representa la dulzura, el amor, la sabiduría, la protección y, lo más importante, el sentido del humor y la capacidad de burlarse con gentileza de mí y de mis frecuentes tonterías.

Unas horas más tarde, salí tambaleándome de la sala con el rostro brillando de alegría e hinchado por haber estado llorando. Tenía un cansancio indescriptible. También

me desbordaba la gratitud por la gran cantidad de cosas positivas en mi vida y, en especial, por las oleadas de alegría ajena completamente inesperadas que se habían disparado en mi interior y me habían inundado y abrumado una y otra vez durante las horas que duró mi enfrentamiento de arrastre con mi santo, en el que se alternaron el resentimiento y la gratitud.

En nuestra conversación silenciosa, había detallado todas las experiencias terribles, injustas y negativas de mi vida. Él me respondió que siempre había estado protegiéndome de cerca, pero que nunca había querido su opinión o ayuda. Yo quería que las cosas fueran a mi manera. Había estado enfadada. Me aseguró que todos los acontecimientos aparentemente negativos habían ocurrido por una razón y por mi propio bien.

A regañadientes, terminé "entregándome" ante su constante insistencia de que él estaba allí para mí, que siempre lo había estado y que todo lo que Dios había "permitido" que sucediera había sido parte de un plan Divino. Me aseguró que yo había hecho todo lo posible. Y lo que es más importante, él siempre me había amado, sin importar si hubiera hecho mi mejor esfuerzo o no. Decidí dejar atrás mi versión amargada de toda la vida del "universo injusto". Podía admitir que, en el panorama general, no sabía en realidad lo que estaba haciendo. En un sentido metafísico, no sabía qué era lo mejor para mí ni lo que me merecía según el karma. No sabía qué oraciones podría haber pronunciado en una vida pasada, tal vez en beneficio de otros, que se estaban cumpliendo incomprensiblemente en esta. Mi santo *parecía* saberlo. Decidí que confiaría en su versión de este universo colmado de amor, pero misterioso, un universo en el que todo termina siendo justo y al final todo sale bien. En mi caso, la epifanía fue que vivo en un universo en el que nunca estoy ni he estado sola. Y todo sucede por mi bien superior. Luego me encontré abrumada por el amor… y me permití aceptarlo. A esto le siguieron llantos de alegría y oleadas de alivio cuando logré sacarme de encima el peso de más de 40 años de resentimiento oculto y autocompasión reprimida.

Era media tarde cuando salí de mi sala de meditación. Me fui a la cama y dormí profundo.

Cuando me desperté de mi atípica siesta de media tarde, me di cuenta de que algo dentro de mí había desaparecido. La quietud profunda (ausencia de temblor interno) me hizo pensar que debía haberme muerto mientras dormía.

Entonces inhalé, y así supe que no estaba muerta. Pero seguía tan inmóvil por dentro como antes de haber inhalado. Volví a respirar para tantear el terreno.

Como respiraba, concluí que no estaba muerta, aunque la calma interna me resultaba totalmente extraña, como si mi estado mental estuviera alterado.

La suposición pasajera de "estar muerto" es bastante común en personas con EP cuando el temblor *interno* cesa. Otros tienen pensamientos mucho menos dramáticos, como "La lavadora que llevo dentro se acaba de apagar".

Podía sentir cómo la energía se movía justo debajo de la piel del pie derecho, desde ST-42 hasta el canal del bazo, cerca de la región metatarsiana, una vía saludable del modo simpático que probablemente había estado entumecida y no funcionaba en mí desde que me aplastaron el pie derecho con la puerta de un auto cuando tenía unos 5 años. Después de mi grito inicial de conmoción cuando se cerró la puerta del auto, no había llorado del dolor, porque sabía que si armaba un escándalo, mi madre iba a golpear a mi hermana, que había cerrado la puerta, y tal vez a mí. Muy probablemente nos hubiera azotado con una correa de cuero hasta el cansancio, momento en el que sentía satisfecha.

Debido a la lamentable dinámica familiar, había aprendido a disociarme de las situaciones que me causaban dolor y a no reaccionar ante ellas mucho antes de esa lesión en el pie.

Ahora, después de la epifanía, mientras todavía estaba acostada en la cama y *no* sentía agitación en mi interior (¡!), me sentía físicamente más ligera, como si mi cuerpo fuera menos denso y pesado. Me invadió una alegría inexplicable. Sospechaba que lo que había desaparecido era lo que había generado los síntomas del Parkinson. Estaba llena de energía nueva y resplandor y mis músculos estaban flexibles, lo que me resultaba extraño. *Sabía* que ya no tenía la enfermedad de Parkinson.

Pero ¿qué iba a pasar con mi investigación? Ya había decidido que una de las muchas razones para estar agradecida por tener Parkinson era porque podría ayudar a otros a través de mi proyecto de investigación.

Volví a la sala de meditación. Le dije a Dios, a través de Yogananda, que no quería recuperarme del Parkinson idiopático, a menos que todos los demás pudieran hacerlo.

Comencé a escuchar palabras en silencio que parecían venir de todas partes. "Todo el mundo puede. La mayoría de la gente no quiere".

De repente, me sentí mucho menos segura de mí misma y le dije a la voz que no le creía.

Me propuse demostrarle que estaba equivocada.

Años más tarde, cuando aparecieron los Bloqueadores, y las segundas personalidades, y vi cuánta gente estaba empeñada en que no *merecía* recuperarse o que no podía recuperarse aunque todos los demás lo hicieran, tuve que preguntarme: "¿Es esto de lo que hablaba esa voz cuando decía que la mayoría de la gente no quiere recuperarse?"

Ahora entiendo que, según mi experiencia, si bien la mayoría de las personas *sí* quieren recuperarse de los *síntomas* de la enfermedad de Parkinson, *no* quieren cambiar los rasgos de personalidad en particular que creen que los protegen de ser lastimados. *No* quieren deshacerse de la personalidad que crearon, que es más fuerte, más rápida y algo inmune al dolor, un efecto generado por el modo de pausa combinado con la intensidad de un potente dominio de la norepinefrina.

Es un tópico médico que la mayoría de la gente preferiría morir antes que cambiar. Pensemos en los muchos cambios aparentemente sencillos que una persona podría hacer para mejorar su calidad de vida o incluso salvarse: dejar de fumar; hacer más ejercicio; comer menos y escoger alimentos que no sean muy procesados para ayudar a prevenir la hipertensión, el aumento de peso o la diabetes; etc. La mayoría de las personas saben perfectamente que hacer cambios en su estilo de vida podría traer enormes beneficios para la salud. Y, sin embargo, como nos enseñan en la facultad de medicina, la mayoría de la gente prefiere morir antes que cambiar. Cuando empecé este proyecto, supuse que esta ley médica *no* se aplicaría a las personas con enfermedad de Parkinson. Estaba equivocada.

Cuando se trata de cambiar aspectos centrales de nosotros mismos, tenemos derecho a decidir si queremos hacerlo o no. La mayoría de nosotros no queremos.

Por el contrario, las personas que sí se recuperan suelen decir algo como: "Antes de recuperarme, quería volver a ser como era antes del Parkinson. Ahora que me he recuperado, ¡no quiero volver a ser esa persona *nunca jamás*! Esa persona era infeliz y ni siquiera lo sabía".

Ahora volvamos a mi propio caso práctico. Como me han preguntado qué tipo de EP tuve, diría que tanto el tipo I como el tipo II. Recuerdo que me ordenaba a mí misma

sentirme entumecida. Yo estaba en la escuela secundaria. Me miraba fijamente en el espejo en ese momento (EP tipo I). También tuve una lesión importante en el pie cuando me lo golpeé con la puerta de un auto a los 5 años más o menos. Nunca se había curado. Ese pie siempre fue una talla más pequeña que el otro (EP tipo II). Unas semanas después de mi epifanía y la desactivación de la pausa autoinducida (desactivación de la EP tipo I), mi pie, que había estado lesionado y algo entumecido durante tanto tiempo, colapsó de repente y dejó de soportar mi peso. Sentí como si se me hubieran separado todos los huesos y el pie me hubiera quedado completamente plano. Luego, los huesos se deslizaron a su lugar y no sentí nada de dolor. De pronto, el pie derecho tenía la misma longitud que el izquierdo y una nueva elasticidad. A la media hora, los huesos estaban estables. Podía caminar casi de manera normal. Esta autocuración espontánea de una lesión antigua cuando se desactiva la pausa no es inusual. Cuando primero se desactiva el tipo I, las lesiones antiguas, si las hay, incluidas las que pueden estar contribuyendo a la EP tipo II, suelen volver a asociarse por sí solas en las semanas o meses siguientes, como debería ocurrir cuando uno llega a un lugar seguro. Después, la lesión puede curarse rápidamente.

Recapitulemos. Había tenido una epifanía y me había recuperado de la EP, y luego mi antigua lesión en el pie se curó de manera espontánea sin haber recibido ningún tipo de tratamiento. En aquel momento, cuando la gente me preguntaba quién me había administrado el tratamiento de sujeción (Yin Tui Na) en el pie, me daban mucha vergüenza mis inclinaciones espirituales como para contar toda la verdad. Así que me limitaba a decir que me había ayudado "un amigo". En verdad, esa "ayuda" había sido la presencia tangible del amigo *invisible* durante la *epifanía*. Eso, a su vez, trajo aparejados todos los demás aspectos de la curación.

No obstante, el modelo de la epifanía no me ayudó a avanzar en mi investigación… en ese momento. Después de mi propia epifanía, intenté, durante unos años, animar a la gente a que hablara enérgicamente con Dios o con algún amigo invisible con la esperanza de desencadenar una epifanía, pero nadie logró tener una epifanía curativa recitando en su mente palabras de memoria a las paredes.

Al parecer, hay una forma específica de hablar (de forma amistosa y risueña) y un tipo específico de relación (de confianza y amistad *mutua*) que produce una epifanía. Sintonizar de manera total y con firmeza el monólogo constante y negativo del Parkinson tipo I y sustituirlo por una conversación constante y silenciosa con el tipo adecuado de amigo invisible, de forma afectuosa, risueña y, por lo general, sin respeto, *ayuda* a la recuperación porque estimula el cuerpo estriado. Como leerán en el capítulo doce, esta es *una* de las dos técnicas que desarrollé y que, si se utilizan en conjunto, pueden desactivar una pausa autoinducida.

¿Cuánto tiempo se tarda en inducir una epifanía?

Aquí está de nuevo esa pregunta: ¿cuánto tiempo se tarda?

A veces, la pausa autoinducida se desactiva en cuestión de instantes después de que la persona con Parkinson empieza a conversar en silencio con un ser querido. Pero la mayoría de mis pacientes jamás habían entablado una relación parasocial. Pasaron meses, en ocasiones años, antes de que estas técnicas se convirtieran en algo habitual y lo suficientemente sólidas como para ser eficaces.

Pero ya sea que la respuesta sea rápida o tarde unos años, estas técnicas que implican trabajar con un ser querido invisible y de confianza, con el que el paciente puede

reírse, con el tiempo, *pueden* desactivar la pausa autoinducida. Por el contrario, hablar respetuosamente con un Dios distante que se muestra frío o que tiene reglas estrictas e inclementes sobre lo que está bien o que está mal *no* servirá de nada. Pensar en *este* tipo de Dios estimula la amígdala, el centro del miedo y la ira, *no* el cuerpo estriado.

Esto lo descubrí muchos años después. Hasta que no comprendí la biología cerebral que se pone en funcionamiento cuando se habla en silencio con un amigo invisible y de confianza, con el que el paciente puede *reírse* y ser totalmente sincero, no pude *enseñarles* a las personas a tener una epifanía curativa. No podía explicar cómo mantener lo que debía ser un tipo de conversación en silencio o en voz alta de lo más natural y sin esfuerzo con alguien o algo invisible, afectuoso y que se encuentra fuera de uno mismo.

Cambios inmediatos de la personalidad

Los comportamientos *inmediatamente posteriores* a la recuperación fueron similares en casi todos los pacientes, y aparecieron de una manera muy inesperada. Las personas que habían estado en una pausa autoinducida, cuando se recuperaron por completo de manera repentina, a menudo decían riendo y con despreocupación: "¡Ja, ja! ¡Yo mismo me estaba enfermando!"

Para comprenderlo, primero hay que saber lo difícil que es para la mayoría de las personas con Parkinson que he conocido reírse de sí mismas sin cohibirse por haber cometido un error. Por ejemplo, muchos de mis pacientes, cuando se les preguntaba, admitían que, si iban caminando por la calle y de repente se daban cuenta de que tenían que dar la vuelta y volver en sentido contrario, no giraban, sino que seguían caminando en línea recta, doblaban en la esquina y daban toda la vuelta a la manzana para que ninguna de las personas que estaban a su alrededor percibiera que habían cometido un error o que se "comportaban de forma extraña" por dar la vuelta a mitad de la zancada.

Durante la semana siguiente a la recuperación completa de una persona, en respuesta a alguna situación que antes habría sido un *gran* problema, incluso un gran problema mortificante y *vergonzoso*, como llegar un minuto tarde a una cita conmigo, la persona me decía muy a menudo riendo: "Y qué. No es la muerte de nadie".

La declaración "no es la muerte de nadie" posterior a la recuperación era tan común que, en una semana, la escuché *dos veces*. Dos personas que, una semana antes, jamás habrían dicho eso porque *todo* era crucial y todo debía hacerse *bien*, dijeron riendo, luego de haber cometido un error o metido la pata: "Y qué. No es la *muerte* de nadie".

Este tipo de declaración era *tan* común después de que una persona desactivara la pausa que, durante un tiempo, les pedí a las personas que estaban estancadas en la recuperación parcial que dijeran esta frase o una similar con la mayor frecuencia posible, en caso de que pudiera desencadenar la desactivación del Parkinson. Desde luego, no funcionó.

Aquí va un ejemplo de lo totalmente atípica que era esta frase para estas personas. Una de ellas me contó riendo que la noche anterior había hablado por teléfono con una vieja amiga. Hacía mucho tiempo que no la veía y esta no tenía idea de su diagnóstico de Parkinson ni de su recuperación reciente. Su amiga le preguntó qué planes tenía para la próxima temporada, y mi paciente recién recuperada le respondió: "Oh, no lo sé, ya veré lo que quiero hacer cuando llegue el momento".

Hubo una larga pausa, y luego su amiga le preguntó con mucho tacto: "¿Estás bien?"

Mi paciente se rio de nuevo y me dijo: “Siempre he sido la Gran planificadora. Siempre sé exactamente lo que voy a hacer y cuándo lo voy a hacer. Cuando le dije que no sabía qué iba a hacer la próxima temporada, se sorprendió. Debe haber pensado que estaba enferma o que me estaba muriendo. ¡Ja, ja, ja!”

Intento expresar lo extraño que era que este tipo de persona de repente *dejara* de preocuparse por el futuro o *no* temiera que se revele algún defecto de carácter grave, como ser el tipo de persona que podría llegar a una cita un minuto tarde, y en su lugar me dijera despreocupadamente: “Ay, metí la pata. ¡Ja, ja! Y qué. No es la *muerte* de nadie”.

Con el tiempo, empecé a preguntarme si tal vez esas personas habían estado utilizando una personalidad que les recordaba todo el tiempo que estaban al borde de la muerte y que solo una actitud vigilante podía protegerlos de la muerte. Más de una década después, descubrí que mantenerse vivo mientras se está al borde de la muerte es el propósito del modo de pausa.

Cuando la gente se recuperaba, cuando se desactivaba la pausa, era como si desapareciera esa personalidad previa a la muerte. Se *reían* con alegría de sí mismos y de sus defectos y decían: “No es la muerte de nadie…”

Aquellos pacientes que, en retrospectiva, probablemente habían estado utilizando la pausa autoinducida, experimentaron un espléndido cambio de personalidad instantáneo cuando se recuperaron. Podían reírse de sí mismos, ser espontáneos al hablar y actuar, y *sentir* cómo se les inflaba el pecho en respuesta a algo bello o emocionante: podían volver a *sentir* alegría.

Pero, por desgracia, la mayoría de las personas que ahora se encontraban en recuperación parcial, tanto mis pacientes como mis corresponsales por correo electrónico, permanecieron en esa fase. En la mayoría de los casos, debido a la mayor gravedad de los síntomas cuando se mostraban cautelosos, un problema cuya intensidad aumentaba a medida que aprendían a ser cautelosos con la propia cautela, estaban mucho peor de lo que habían estado antes de recibir la terapia Yin Tui Na y curarse de sus lesiones.

Con el tiempo, decidí que, para ayudarlos, tendría que encontrar un método coherente para *desactivar* sus extrañas, y a menudo paranoicas, segundas personalidades, si eso es lo que eran, para evitar que caigan en una recuperación parcial. Confiar en epifanías espontáneas no iba a ser suficiente.

Pero ni la teoría china ni la investigación occidental en medicina *o* psicología lograron explicarme cómo una persona podía *desactivar* lo que parecía ser una instrucción de no sentir dolor profundamente arraigada. Y por si se lo están preguntando, la hipnosis no ayudó ni tampoco ninguna de las *tantísimas* técnicas modernas en las que trabajaron mis pacientes, incluidas las técnicas para cambiar el comportamiento cerebral que hoy en día son populares. Tampoco marcaron la diferencia los artilugios que compraron que prometían aumentar la energía o proporcionar calma interior, ni sus diversos cambios en la alimentación. *Jamás* he visto que una persona se recuperara debido a un cambio en la alimentación, con Co-Q10; tiamina; dietas sin grasa, sin carne o sin alcohol; ni con “agua mágica” y otras fórmulas que prometían una recuperación a través de algún cambio externo. Muy a menudo, estos programas provocaban un período de mejoría de los síntomas: el efecto placebo. Pero a la primera señal de peligro, desconfianza o negatividad, la EP volvía, e incluso mucho más fuerte que antes.

El útil Bloqueador

Al final, fue útil aceptar que *algunas* personas tenían la personalidad del Bloqueador. Esto *me obligó* a ver más allá de las ideas demasiado simplistas de que 1) todas las personas con Parkinson tenían la misma causa subyacente y que 2) el problema era puramente físico y no existía ningún componente psicológico. La idea de que una persona en recuperación parcial pudiera tener dos personalidades, una idea que respaldaban los síntomas que no solo noté yo sino también muchísimos cónyuges y amigos, e incluso algunos pacientes cautelosos, fue alarmante, pero de mucha utilidad a largo plazo.

Por lo general, una persona que utiliza el modo de pausa normal *no puede* acceder *en absoluto* al modo parasimpático. Es una *ley* biológica.

La posibilidad de que coexistan dos personalidades, una de las cuales podía estar en modo parasimpático cuando era "seguro", constituía una explicación, al menos una hipótesis, de por qué la mayoría de los pacientes, a veces y *de forma temporal*, podrían sentir alegría, o tener una gran disminución de los síntomas o ningún síntoma *visible* en absoluto.

En cierto momento, se me ocurrió que era posible que, al obligarse *originalmente* a sí mismos a sentirse entumecidos, en realidad, *no* se hayan puesto en modo de pausa. En cambio, tal vez la orden había creado por error una *personalidad* que estaba en modo de pausa mediante el uso de técnicas de autocontrol que se asemejan a la autohipnosis. Es posible que esa personalidad algo adormecida, pero con fuerza física y muy enfocada, haya sido tan útil, en especial en vista de algunos de los entornos de la infancia de los que me contaron muchos de mis pacientes, que se convirtió en la personalidad *dominante*.

Pero en la recuperación parcial, la nueva capacidad de estos pacientes adquirida luego de la terapia Yin Tui Na para experimentar conciencia sensorial y alegría (sí, la alegría de poder *sentir* el pie, esa alegría y esa sensación) solo podía manifestarse en la personalidad que podía entrar en el modo parasimpático: la personalidad que no estaba en pausa.

Esto podría explicar por qué tantas personas en recuperación *parcial* se comportaban como si tuvieran dos personalidades diferentes. La personalidad dominante por defecto era la que se atascaba en la pausa. Esta es la que desarrollaba un Bloqueador, en especial cuando otras personas sospechaban o preguntaban si podía existir un componente *psicológico*.

Tal vez la personalidad sana (que no estaba en pausa) aún era *capaz* de utilizar el modo parasimpático, pero, según mi hipótesis, había estado dormitando cada vez más en segundo plano mientras la personalidad en pausa había ido ganando fuerza a lo largo de los años. En respuesta a los tratamientos de apoyo Yin Tui Na, este lado sano se había despertado en la parte del cuerpo que se había vuelto a asociar recientemente con una antigua lesión y se había recuperado de ella.

Cabe destacar que, de todos mis pacientes que siempre *habían* recordado obligarse a sí mismos a no sentir dolor, incluida yo misma, ninguno le había contado jamás a *nadie* lo que había hecho. Este había sido un evento muy privado. Para algunos incluso era un secreto que les daba vergüenza… hasta que llegué yo con mis entrometidas preguntas de admisión.

En lo que respecta a por qué las personas en recuperación parcial ahora estaban mucho peor que cuando necesitaban utilizar su personalidad protectora, para la que funcionaba el Bloqueador, formulé la hipótesis de que se debía a la reasociación con la

lesión en el *pie* mientras el resto del cuerpo permanecía entumecido, según la orden de larga data y secreta de "no sentir dolor". Ese pie curado, junto con la percepción sensorial restaurada y vinculado a un aspecto de confianza de la personalidad del paciente, podría haberse sentido como amenaza para el sistema de protección entumecedor que se había instaurado hacía tiempo.

Las leyes biológicas, por una buena razón, impiden que una persona o un animal en pausa pase al modo parasimpático hasta que el cerebro lo autorice.

Al volver a asociarse con sus lesiones sin curar y dejar que se curaran, un comportamiento del modo parasimpático, tuve que preguntarme si las personas que también habían estado utilizando la pausa *autoinducida* le habían abierto la puerta a su personalidad sana que había estado esperando en segundo plano. ¿Esto había puesto en riesgo su estrategia para todo el cuerpo de permanecer inmunes al dolor? ¿O había creado algún tipo de confusión cerebral?

Gracias a la terapia Yin Tui Na, normalmente en la lesión del pie o del tobillo, el paciente se había vuelto a asociar con la zona lesionada, un comportamiento que *se supone que no debe producirse* mientras la persona esté en pausa. Tal vez la parte del pie o del tobillo de su conciencia le había abierto una puerta a su personalidad sana, normal y real, una personalidad que podía utilizar el modo parasimpático y, por consiguiente, moverse con normalidad. Esto *no* debería ocurrir si se encuentran en pausa y en riesgo de muerte inminente.

Sea cual sea el motivo, cuando había algún indicio de riesgo, las personas que ahora se encontraban en recuperación parcial volvían a recurrir a la personalidad que utilizaba la pausa con mucha más fuerza que antes. Y, en algunos casos, se veía reforzada por la creación reciente de un Bloqueador.

También planteé la hipótesis de que, por alguna razón, la reasociación con la antigua lesión y su curación estaban inhabilitando el uso del dominio de emergencia con norepinefrina, que anteriormente se había utilizado para la función motora en lugar de la dopamina.

Recordarán que la norepinefrina, o algo parecido, permite que una persona anule la inhibición motora del modo de pausa. Tal vez, ahora que la lesión en el pie o el tobillo estaba reasociada y curada, y el cerebro se adentraba de vez en cuando en el modo parasimpático, el dominio de emergencia de la norepinefrina relacionado con la pausa ya no estaba tan fácilmente a disposición, si es que lo estaba. No obstante, la *inhibición* motora del modo de pausa seguía estando disponible y podía activarse cuando se considerara necesario.

O tal vez ya no era posible invocar el dominio de emergencia de la norepinefrina porque estar en recuperación parcial significaba que ya no sentían una sensación *real* de emergencia… solo contaban con el *hábito* de uso de la pausa.

En lo anterior, reflexiono y propongo posibles explicaciones de por qué algunas, solo algunas, personas en recuperación parcial se vuelven incapaces de activar su dominio de la norepinefrina tan bien como lo hacían *antes* de recuperarse de la lesión antigua.

Pero *si* una persona perdía la capacidad de acceder al dominio de la norepinefrina, podía, al utilizar la personalidad en pausa, verse *terriblemente* inmovilizada de golpe, mucho más que antes. Esto es lo que veía en algunas personas que estaban en recuperación parcial.

Al mismo tiempo, cuando estas personas utilizaban la personalidad sana y en paz, aquella a la que solo se le permitía manifestarse cuando todo parecía completamente seguro, podían moverse casi con normalidad. Y cada paciente tenía una idea diferente de lo que significaba "seguro".

Mientras tanto

Durante estos años, aún más personas, un pequeño porcentaje, se recuperaron por completo del Parkinson tipo II gracias a los tratamientos Yin Tui Na que les practicaban sus cónyuges o amigos o incluso ellos mismos.

Este tipo de tratamiento ayuda a los pacientes que *solo* padecen Parkinson tipo II a reasociarse con una lesión disociada durante mucho tiempo y a curarse, y esto desactiva los comportamientos eléctricos que simulan los de la pausa. A menudo, me enteraba de sus recuperaciones por correo electrónico.

Sin embargo, la mayoría de las personas con Parkinson que intentaron recuperarse no lo lograron. Cayeron en la recuperación parcial. También me enteré de esto por correo electrónico.

En 2013, ya casi me había retirado de la acupuntura. Estaba trabajando sin descanso para terminar una serie de libros de texto para estudiantes de acupuntura. En mis épocas de estudiante en la facultad de acupuntura, lo único que teníamos eran libros confusos y mal traducidos al inglés que habían sido aprobados por el gobierno chino. Me encontraba escribiendo lo que esperaba que pudiera sustituir, o al menos complementar, estos textos espantosos. Continuaba dando una clase por semestre y seguía de cerca las nuevas investigaciones y tendencias en neurología y psicología. Todavía trabajaba con pacientes dos días a la semana y atendía a algunas personas con Parkinson, pero ya no aceptaba pacientes nuevos.

Casi todos los pacientes que habían entrado en recuperación parcial se habían alejado o habían perdido el contacto. Lo que tiene sentido: ya no tenía nada más para ofrecerles. Algunos empezaron a tomar medicamentos antiparkinsonianos y sufrieron efectos adversos horrorosos muy rápidamente. Si una persona está en recuperación *parcial* y logra experimentar los síntomas de la EP de manera intermitente, los medicamentos parecen ser mucho más potentes y adictivos que si una persona aún tiene Parkinson idiopático a tiempo completo. Esta alteración en la reacción a los medicamentos también sugería que sus cerebros se encontraban utilizando más atributos del modo parasimpático que una persona con EP idiopática clásica.

En mayo de 2013, tomamos la decisión de disolver el Equipo de tratamiento del Parkinson porque claramente había algo que no entendíamos, y la recuperación parcial era, por lo general, o con el tiempo, mucho, mucho peor que la ausencia de recuperación. La recuperación parcial también parecía crear el Bloqueador. Para entonces, ya no estaba dispuesta a trabajar con pacientes nuevos hasta que entendiera lo que sucedía en la recuperación parcial.

Teniendo en cuenta que, en muchos sentidos, la recuperación parcial era peor que el Parkinson, NO quería brindar tratamientos de curación de lesiones que hicieran que las personas cayeran en la recuperación parcial, o que las hicieran más susceptibles a los peligros de los medicamentos *si* decidían empezar a tomarlos en algún momento.

Mantuve el sitio web en funcionamiento, para que el pequeño porcentaje de personas que conseguían recuperarse gracias a la terapia Yin Tui Na pudieran trabajar en

hacerlo bajo su propio riesgo. Pero no estaba dispuesta a trabajar con pacientes nuevos hasta que no comprendiera quién era un buen candidato para la recuperación y quién acabaría, en cambio, en la pesadilla de la recuperación parcial,

Les comuniqué de manera clara mi nueva postura a los pacientes con los que seguía trabajando. Algunos de ellos querían seguir trabajando conmigo de todos modos, o seguir en contacto por correo electrónico. Dado que, en ese momento, esas personas se habían recuperado de sus lesiones, si es que tenían alguna, y el problema que persistía parecía ser psicológico, no era necesario que me reuniera con ellas en persona, bastaría con enviarles correos electrónicos.

¿Por qué no era necesario reunirse en persona? Las epifanías, los cambios psicológicos que habían llevado a la recuperación de las personas con EP tipo I, *jamás* se habían producido trabajando con un terapeuta o con alguien del Equipo de la EP. En casi todos los casos, este hecho trascendental se produjo cuando la persona sintió que ya no teníamos nada más para ofrecerle. Entonces, cuando las personas con EP tipo I estaban lo suficientemente desesperadas y por fin dispuestas a entregarse, es decir, era capaces de dejar de lado alguna razón muy personal para estar enojadas o afligidas con Dios, o el universo, el mundo, sus madres, o algún suceso fatídico de sus pasados, *recién ahí* podían seguir adelante. Podían recurrir a alguien invisible o a algo externo a ellas. Y *así* la conversación con sus amigos invisibles podía generar una epifanía curativa.

La epifanía casi siempre se producía como resultado de una *decisión*, no de la información, la instrucción o el estímulo de un profesional remunerado. Aquellos que habían tenido epifanías eran personas que, en su mayoría, se habían cansado de trabajar con nosotros y se habían hundido en la miseria hasta que decidieron cambiar de opinión sobre alguna creencia central. Unos pocos pacientes que habían sido diagnosticados *hacía poco tiempo* o que tenían síntomas muy leves *no* necesitaban llegar al límite de la desesperación para tener la epifanía, pero la mayoría sí.

El Equipo de la EP ya había visto que las personas que solían trabajar con nosotros *jamás* eran capaces de tomar este tipo de decisión, o quizá no estaban lo suficientemente desesperadas como para hacerlo. En todos los casos, estaban empeñadas en que nosotros, los profesionales de la salud, íbamos a poder curarlos, guiarlos, instruirlos. Mientras estuviéramos dispuestos a reunirnos con ellos y a trabajar juntos semana tras semana, al parecer, no estaban lo suficientemente interesados o desesperados como para tomar la drástica decisión de cambiar su sintonía mental. En general, nuestro "trabajo" consistía en hablar, porque sus lesiones ya se habían curado hacía mucho tiempo.

Aquellos que tenían epifanías eran, en su mayoría, personas que habían *renunciado* a la posibilidad de que un médico o un terapeuta los cure. Lo único que les quedaba era la posibilidad de cambiar su actitud personal, un cambio mental extraordinariamente difícil, que uno debe hacer por sí solo. Por supuesto, siempre hay excepciones y variaciones, al igual que con cualquier síndrome más que nada mental y creado por uno mismo.

Como ejemplo de una excepción, en 2017, dos años después de haber desarrollado la terapia que consistía en "hablar con un amigo invisible", un paciente con EP que tenía síntomas muy leves y que no estaba muy desesperado tuvo la epifanía en cuestión de minutos. Durante su primera visita a mi consultorio, le sugerí que empezara a hablar con un amigo invisible. Me preguntó si podía hablar con su abuela que había fallecido. Cuando le dije "claro", de inmediato dejó de hablarme. Cerró los ojos y me di cuenta de que estaba conversando en silencio con alguien. Comenzó a sonreír sutilmente, y un escalofrío le

recorrió todo el cuerpo. Sus síntomas de Parkinson habían desaparecido para siempre. Justo allí en mi consultorio.

Había sido su primera visita. Era un amigo de un amigo al que accedí a ver, a pesar de que ya no aceptaba pacientes nuevos de forma oficial. Nunca había leído mis libros. No tenía ni idea de este tipo de terapia hasta que se la describí aquel día y le advertí de algunos de los síntomas de la recuperación. No creía que tuviera en verdad EP, lo que es común en las primeras fases de este síndrome. Los pacientes que se encuentran en las primeras fases de la EP suelen pensar que el diagnóstico de su médico es erróneo. Según sus decenas de síntomas, su lesión en el pie sin curar, su perfil de personalidad y el flujo del Qi de sus canales, él tenía EP. De hecho, tenía tipo I y tipo II.

También fue mi primer y único paciente con EP que dejó de hablar conmigo de inmediato y empezó a hablar con un amigo invisible cuando le sugerí que lo hiciera.

Le había pedido a *muchísimos* pacientes que empezaran a hablar con un amigo invisible y lo único que hacían era *preguntarme* cómo debería ser, con quién deberían hablar, con qué frecuencia, etc. Este hombre fue mi único paciente con EP que entendió de inmediato lo que le quería transmitir: tu amigo invisible es más importante que tu médico, tu terapeuta o yo. Habla todo el tiempo con tu amigo invisible que te quiere *tanto*.

Nunca había visto a una persona con EP tipo I recuperarse tan rápido. Justo delante de mis ojos. Ni siquiera había terminado de explicarle lo que tenía que hacer, *cómo* debía hablar con su amigo, entre otras cosas. Su caso fue una excepción, una recuperación muy rápida de la EP tipo I. Incluso empezó a tener los espasmos faciales típicos de la recuperación antes de salir de mi consultorio. Pero en la *mayoría* de las personas con este tipo de EP, la epifanía se produjo como resultado de la desesperación absoluta y, en algunos casos, se necesitaron años de trabajo.

Epifanías grandes y pequeñas

No todas las personas que se recuperaron de la EP tipo I tuvieron una gran epifanía que les cambió la vida. La mayoría de las personas que se recuperaron del Parkinson tipo I tuvieron cambios lentos y *graduales* en la mentalidad: pequeños avances en el enfoque mental que se extendieron durante semanas, meses o años.

Después de 2015, mientras los pacientes trabajaban en los ejercicios que aumentan la actividad en el cuerpo estriado y el tálamo, aunque la mayoría todavía vacilaba entre un monólogo periódico basado en el miedo y su nueva capacidad de *sentirse* seguros de vez en cuando, muchos tuvieron *pequeños* momentos de comprensión, es decir, miniepifanías. Las miniepifanías más importantes para muchos fueron darse cuenta una y otra vez de que sus síntomas de EP en un momento dado, de hecho, *guardaban* una relación directa con su mentalidad de ese momento. Comprobaron en repetidas ocasiones que *podían* influir en su propia mentalidad e incluso reeducarla a través de los ejercicios que estimulan el cuerpo estriado y el tálamo. A continuación, sus observaciones de que su mente era, en realidad, la causante de sus síntomas, a veces, los ayudaron a meterse de lleno en sus conversaciones silenciosas con sus amigos invisibles y a darles la espalda metafóricamente a sus hábitos mentales negativos, amargados o cautelosos. A menudo, aumentaban sus esfuerzos intermitentes por cambiar sus hábitos mentales cuando establecían esta conexión. A medida que la mente cambiaba *de a poco* sus hábitos y lograban sentirse seguros cada vez durante más tiempo, observaban que disminuían lentamente la frecuencia y/o la intensidad de sus síntomas, y que empezaban a aparecer síntomas de recuperación.

Muchos pacientes me han dicho: "No es posible que me esté recuperando de verdad. Está disminuyendo la intensidad de mis síntomas, y estoy empezando a tener síntomas de recuperación. ¡Pero no puedo estar recuperándome porque todavía no he tenido la *gran* epifanía!"

Por favor, recuerden: no todos tienen una gran epifanía. No hay dos personas que se metan en una pausa autoinducida por las mismas razones o de la misma manera. No hay dos personas que desactiven la pausa de la misma manera. Si se sienten más seguros, si sus síntomas son menos frecuentes o, a veces, menos intensos, y/o si tienen síntomas de recuperación, entonces se están recuperando. Tanto si el Parkinson desaparece en un instante como si cesa a lo largo de varios años, van en la dirección correcta.

Aquellas personas que tuvieron epifanías drásticas y repentinas, tras las cuales supieron que el Parkinson había desaparecido, fueron de gran importancia para mi investigación. Al igual que las personas con los Bloqueadores, aquellas que se recuperaron en unos instantes tras una epifanía me obligaron a reconocer el incómodo hecho de que los comportamientos mentales desempeñan un papel en la pausa autoinducida y en el Parkinson tipo I. Sin embargo, la epifanía drástica con su cambio repentino y total *no* es la única forma de recuperarse. Los cambios mentales pequeños y ligeros también pueden ser útiles. Su efecto puede acumularse con el tiempo y producir una recuperación gradual y más moderada.

De todas maneras, la recuperación total es maravillosa y vale la pena trabajar para alcanzarla.

2013

Volviendo a la decisión de 2013 de dejar de trabajar con pacientes *nuevos*, en ese momento, seguía trabajando con algunas personas con Parkinson, principalmente por correo electrónico. Tenía mucha menos confianza en que pudiera llegar a mi vida una cura para *todos* los enfermos de Parkinson.

En ese momento, aunque estaba casi retirada, seguía muy ocupada, en especial con la escritura. Quería dejar constancia para la posteridad de lo que había descubierto hasta entonces sobre el Parkinson, el modo pausa, la terapia Yin Tui Na y la medicina china en general. Tenía cajas con carpetas de historias clínicas de pacientes llenas de notas escritas en mi taquigrafía casi incomprensible y con garabatos. Esto era antes de que los médicos comenzaran a guardar sus archivos de manera electrónica. Además, mi cabeza estaba repleta de hipótesis y observaciones generales que aún no había escrito sobre mis pacientes con Parkinson.

Quería compartir tanta información como fuera posible. Aunque no había descubierto cómo ayudar a la *mayoría* de las personas con Parkinson, esperaba que mis observaciones pudieran ser ventajosas para algún investigador en el *futuro*.

En 2013, tenía una sospecha firme de que había cuatro formas de inducir el flujo del Qi de los canales que causa la pausa, pero hasta que no pudiera encontrar una forma de *desactivar* de manera sistemática y predecible lo que recientemente había denominado pausa autoinducida, ni siquiera podía estar segura de que *solo* hubiera cuatro formas de desencadenar el Parkinson. Hasta que no pudiera descifrar tratamientos eficaces para curar todos los tipos de EP, no podría estar *segura* de cuántos tipos de EP existían.

Capítulo doce

2015

La última parte del rompecabezas (cómo desactivar la pausa autoinducida) se resolvió gracias a la información que se obtuvo de los hallazgos de gammagrafías cerebrales en el muy nuevo campo de la neuroteología. La neuroteología es un campo multidisciplinario que vincula la neurociencia con los fenómenos religiosos y espirituales. Las respuestas al enigma se hallaron en los tipos de comportamiento mental que pueden activar el cuerpo estriado y el tálamo del cerebro, las áreas cerebrales que participan en la liberación de dopamina para el movimiento y la conciencia somática, respectivamente. La activación de estas áreas puede provocar la desactivación de la pausa autoinducida.

En 2015, me entusiasmaron las repercusiones del trabajo del Dr. Andrew Newberg, un destacado neurocientífico. [43] A través de gammagrafías cerebrales, su investigación mostró qué áreas del cerebro manifestaban un aumento de la actividad cuando se les pedía a personas de diversas edades y religiones que "pensaran en Dios". Se activaban *diferentes* áreas del cerebro en diferentes personas. El área de mayor actividad dependía del tipo de Dios en que se creyera.

Por ejemplo, si el Dios de una persona era crítico o vengativo, pensar en Dios provocaba una mayor actividad en la amígdala del cerebro (centro del miedo y de la ira). Si el Dios podía conocerse presuntamente a través del estudio basado en la palabra, como la memorización de las escrituras, entonces pensar en Dios aumentaba la actividad en ciertas áreas impulsadas por el lenguaje, en las áreas parietales (lados del cerebro).

Esto es lo que me llamó la atención: si el Dios de una persona se podía percibir y/o era algo con lo que uno podía resonar físicamente, entonces pensar en Dios aumentaba la actividad en el *tálamo*. Si el Dios de una persona era alguien o algo con quien uno podía *comunicarse*, entonces pensar en Dios incrementaba la actividad en el *cuerpo estriado*.

En el modo de pausa, el modo de sueño y la enfermedad de Parkinson, se inhibe en gran medida el flujo eléctrico que pasa a través del cuerpo estriado y el tálamo. Como recordarán del capítulo 4, el cuerpo estriado regula la liberación de dopamina para la función motora, la visualización positiva y la anticipación de la alegría. El tálamo procesa las sensaciones somáticas y regula cómo y dónde sentimos que existimos.

Me había dado cuenta desde el principio de mi investigación de que casi todos mis pacientes con EP no solo no podían sentirse somáticamente a sí mismos, sino que tampoco les parecía *bien* tener una conversación íntima con Dios, los santos, los sabios, los salvadores o incluso sus seres queridos que habían fallecido. La mayoría de mis pacientes

[43] *How God Changes Your Brain* (Cómo Dios te cambia el cerebro), Dr. Andrew Newberg, Ballantine Books, 2010, capítulo 3. Algunos de sus otros libros son *Why We Believe What We Believe* (Por qué creemos en lo que creemos), *Words Can Change Your Brain* (Las palabras pueden cambiarte el cerebro), *Why God Won't Go Away* (Por qué Dios no desaparece) y *The Metaphysical Mind: Probing the Biology of Philosophical Thought* (La mente metafísica: sondeo de la biología del pensamiento filosófico).

con Parkinson estaban seguros de que era bueno que los *demás* hablen con Dios o con los santos, pero sostenían que este tipo de comunicación no era "moralmente correcto" para *ellos*. Esta extraña idea a la que se aferraban mis pacientes que eran muy religiosos, pero también mis muchos pacientes que eran *profesionales* religiosos, se analizarán en profundidad en el capítulo dieciséis.

Así que esto es lo que estaba buscando: nuevas investigaciones que demuestren que 1) pensar en un Dios con el que es posible comunicarse a través de una *conversación* aumenta la actividad en el cuerpo estriado. Repito, la actividad en el cuerpo estriado se encuentra *inhibida* en personas en pausa y en personas con Parkinson; y que 2) pensar en un Dios con el que es *posible* experimentar una sensación de resonancia interna, de sensación somática resonante, aumenta la actividad en el tálamo. De nuevo, la actividad en el tálamo se encuentra inhibida en personas en pausa y en personas con Parkinson. Esta nueva investigación inició una revolución en mi cerebro. Basándome en estos descubrimientos y en las experiencias de las recuperaciones gracias a epifanías, y trabajando con el resto de mis pacientes, desarrollé dos ejercicios mentales sencillos que esperaba que pudieran volver a despertar la activación saludable en estas dos áreas cerebrales, *a pesar* de la tendencia inducida por la pausa a que esas áreas queden inhibidas.

Mi objetivo era que los pacientes se autoestimularan el cuerpo estriado y el tálamo a través de estos ejercicios. Yo creía que esto podría hacer que se sintieran seguros, lo que, a su vez, desactivaría la pausa, al igual que lo que había sucedido en las recuperaciones gracias a epifanías. [44]

[44] Otra confirmación de la relación entre la comunicación afectuosa y basada en la palabra y el cuerpo estriado proviene de una investigación que se llevó a cabo en 2019 en la que se utilizaron gammagrafías cerebrales para demostrar qué áreas del cerebro se activan en los niños cuando se les lee, a diferencia de cuando utilizan ordenadores u otros dispositivos con "pantallas" para entretenerse. Cuando se leen libros en voz alta a los niños, sus cuerpos estriados presentan una gran activación.

Este hallazgo procede de un estudio realizado por el Centro de Descubrimiento de Lectura y Alfabetización (Reading and Literacy Discovery Center) del Hospital Infantil de Cincinnati (Cincinnati's Children's Hospital). "This is your child's brain on books: Scans show benefit of reading vs. screen time" (Este es el cerebro de su hijo en los libros: los escaneos muestran el beneficio de la lectura frente al tiempo en pantalla); CNN Health, Sandee Lamotte; 16 de enero de 2020; www.cnn.com;2020/01016/health/child-brain-readubg-book-wellness/index.html.

En este estudio, si miramos hacia abajo desde la parte superior del cráneo, las gammagrafías de los niños muestran un aumento de la actividad en un área con forma de diamante que se encuentra en el centro del cuerpo estriado. La mayor parte de la actividad se concentra en el centro del cuerpo estriado y disminuye en las áreas anterior y posterior al cuerpo estriado *y* a sus lados izquierdo y derecho. Estas cuatro marcas crean un patrón en forma de diamante de cuatro puntas con los lados ligeramente curvados hacia dentro. La forma es similar a la de la fontanela, el área "blanda" de la parte superior del cráneo de un recién nacido que se endurece a medida que el cráneo madura. La fontanela se encuentra en la superficie, pero la actividad en forma de diamante que se produce al leerles se encuentra en un área profunda del cerebro, precisamente en el cuerpo estriado, justo *debajo* del área en la que se encuentra la fontanela de los recién nacidos.

Los nuevos ejercicios

En el primero de los dos ejercicios, las personas deben tratar todos los pensamientos que tienen a lo largo del día como una conversación bidireccional con un amigo invisible. Incluso durante una conversación verbal con un ser humano tangible, es decir, con alguien *que no sea* el amigo, la persona debe suponer que el amigo invisible está participando en la conversación. El amigo invisible puede ser un amigo o familiar fallecido, algún santo o sabio, un personaje ficticio o una persona que se admira desde lejos, pero a la que nunca se conoció, o incluso una mascota amada que ha fallecido. Y cuando digo "bidireccional" quiero decir *potencialmente* bidireccional. Puede que la abuela o Yoda estén callados, pero hay que suponer que están escuchando y que *podrían* responder a través de la intuición del paciente o incluso de forma audible, siempre y cuando lo deseen.

El amigo tiene que ser alguien con quien se puedan *reír*, alguien que los quiera de una manera relajada y sincera. *No puede* ser un crítico estricto o espiritualmente "superior". Hablar con un dios crítico o "superior" estimulará la amígdala: el centro del miedo y de la ira. No todas las personas quieren hablar de forma directa con Dios. Muchos pacientes supusieron que *debían* elegir a Dios, Jesús, Mahoma o Buda como su amigo invisible. Como dijo un paciente: "Te vas directamente a lo más alto".

Que hablar con Dios sea o no una buena idea depende de si el Dios de las personas, si es que creen, no juzga y de si la persona puede compartir buenos momentos de risa, incluso sin respeto, con Dios. La mayoría de mis pacientes con Parkinson tipo I se dio cuenta de que su idea de Dios *no* era lo suficientemente íntima y divertida como para que los ayude a desactivar la pausa. Se sentían más cómodos hablando en su mente con alguien un poco más terrenal al que no le debieran tanto respeto.

He tenido pacientes que solo querían hablar con Dios y con nadie más. Pero muchos de ellos también me decían cosas como: "Dios no se ríe". O incluso: "A Dios no le gusta que nos divirtamos". Para estas personas, Dios *jamás* podía llegar a ser un buen amigo invisible para este ejercicio. Como habían descubierto los investigadores, pensar en *este* tipo de Dios estimula los centros del miedo y de la ira en el cerebro, no el cuerpo estriado. Esto *aumenta* la propensión a sentir miedo o ansiedad, lo que, a su vez, hace que uno se adentre más en el modo simpático y/o de pausa.

Los pensamientos de las personas debían convertirse en *conversaciones* y no en el monólogo silencioso, habitual, ininterrumpido e incluso obsesivo, característico de la mayoría de las personas con Parkinson tipo I. Este diálogo nuevo y amistoso entre dos partes, según mi hipótesis, estimularía el cuerpo estriado, el área cerebral que manifiesta una mayor actividad cuando una persona habla con un amigo afectuoso y comprensivo, un amigo risueño, un poco *bromista*, simpático e incluso *irrespetuoso*.

Aunque puede parecer que este ejercicio tenga connotaciones espirituales, tratar las conversaciones con sus amigos como un rito sagrado y con distancia emocional no los ayudará, y podría hacerlos empeorar. En cambio, es mucho más probable que reírte con el primo Larry que falleció, el único que sabía la verdad sobre el famoso incidente de los espaguetis, o reírte con la tía Cassie, la que siempre siguió tu afición por los cuadros desproporcionados, los ayude a desactivar la pausa porque el cariño que se tienen es mutuo. Esto es más útil para desactivar la pausa que acobardarse ante un Dios perfeccionista que estimula la amígdala.

El segundo ejercicio

El segundo ejercicio podría comenzar cuando, en respuesta al primer ejercicio, el amigo invisible empiece a parecer lo suficientemente *real* y confiable. Algunas personas tardan unos minutos en desarrollar esta sensación de relación real. Otros necesitaron *años*. La mayoría se encontraba en un punto intermedio.

Una vez que lo lograban, podían trabajar en el segundo ejercicio: pedirle periódicamente al amigo que manifieste su presencia de manera más *física*: "¡Déjame *sentir* tu presencia cerca de mí!" o "¡Toma mi mano!" Los pacientes podrían pedirle al amigo invisible que los abrace de manera tal que puedan sentirlo, o que se manifieste como algún tipo de sentimiento o sensación, ya sea en la periferia o incluso en el interior de sus cuerpos. La expectativa es sentir como si el amigo estuviera dando consuelo físico o estimulando suavemente alguna parte del cuerpo que necesita apoyo o estimulación, o tal vez sentir como si la misma energía afectuosa que está presente en el amigo pudiera manifestarse dentro del paciente: una *sensación* de autoconciencia dentro del cuerpo del paciente que estaba entumecido.

Si una persona tenía alguna parte del cuerpo en particular que estaba vulnerable o lesionada, o un lugar de su cuerpo que no le gustaba que le tocaran para nada, podía pedirle a su amigo constante que lo ayudara a sentir su presencia o su energía afectuosa en esa parte del cuerpo. Esperaba que esto pudiera estimular el tálamo, área del cerebro que muestra una mayor activación si la idea de Dios es algo sutilmente energético que se puede *sentir* o con lo que se puede resonar.

Este tipo de terapia son ejercicios, no asesoramiento psicológico. Se la conoce en la medicina china como Qi Gong médico (regulación de la energía mental y el pensamiento).

Esperaba que estas técnicas *no* activaran ni estimularan el Bloqueador, si es que existía uno. A diferencia de todos los intentos anteriores de imponer un cambio psicológico en la mente, este tipo de terapia *no* parecía que fuera a desafiar o intentar cambiar en gran medida los comportamientos de autoprotección de una persona en pausa autoinducida.

Tenía razones para creer que esta técnica podía funcionar en verdad para poner en marcha el proceso que desactiva la pausa. Creía que si una persona podía estimular *de forma directa* su propio tálamo y cuerpo estriado, con el tiempo, se crearían comportamientos eléctricos en el mesencéfalo que imitarían los que se producen tras la confirmación sensorial de la seguridad externa: el segundo paso para salir de la pausa.

Resultó ser que estaba algo equivocada sobre el Bloqueador. El Bloqueador *podía* intentar impedir que una persona hiciera estos ejercicios. Aun así, la influencia del Bloqueador era *mucho menos* potente frente a estas técnicas que con otras terapias cognitivo-conductuales que habíamos probado, ya que con estos nuevos ejercicios, la voz del Bloqueador *competía* con la del amigo. Ahora, el paciente tenía voces que podían ayudarlo a ignorar al Bloqueador, la *propia* voz del paciente cuando hablaba con el amigo *o* la voz del amigo invisible. *Si* el paciente tomaba la decisión de mantener una conversación constante con su amigo invisible, podía incluso *desconectar* la voz del Bloqueador. El Bloqueador ya no estaba al mando, sino que se redujo a ser una elección, una opción. A veces, el Bloqueador era insistente, o incluso generaba miedo, y creaba escenarios terroríficos a corto plazo y estados de ánimo negativos cuando se le daba la oportunidad, pero gracias al nuevo amigo, la persona solía ser capaz de mantenerse consciente de que siempre tenía una *opción*. También resultó que *estaba* en lo cierto sobre los beneficios de la estimulación cerebral de estos ejercicios.

Les pedí a los pacientes con Parkinson con los que seguía trabajando que probaran estas técnicas. También les envié descripciones de estas técnicas a las personas con EP con las que seguía intercambiando correos electrónicos. Durante los meses siguientes, me sentí muy complacida por los cambios lentos, pero evidentes, que algunas personas empezaron a experimentar. Tampoco me sorprendió demasiado que algunos de mis pacientes se sintieran desconcertados por mis sugerencias extremadamente sencillas. Algunos ni siquiera querían arriesgarse a hacer algo que les parecía una locura a ellos y/o a sus Bloqueadores.

Muchos necesitaban hacerme un número, al parecer, infinito de preguntas que tenían que ser respondidas antes de atreverse a intentar algo tan sencillo como: "Imagina que tus pensamientos son una conversación en silencio con alguien en quien confías, que puede hacerte reír y que no está en un cuerpo físico. Puede ser un abuelo amado o un amigo de la infancia que haya fallecido. Puede ser Fido o Fluffy. Puede ser una "buena persona" o un amigo que hayas creado con tu imaginación. Durante todo el día, dirige tus pensamientos hacia él o ella, *no* hacia tu propia mente". No obstante, los que confiaron en mí lo suficiente como para hacer este ejercicio "arriesgado" acabaron notando la diferencia.

Un tercer ejercicio

También debo mencionar que algunas personas necesitan un *tercer* ejercicio, aunque no todas. Este ejercicio aumenta la *cantidad* de energía que fluye por el canal Du largamente reprimido. Es posible que las personas que no pueden obligarse a hacer los dos ejercicios anteriores deban tratar de imaginar grandes cantidades de energía que van en aumento en el cuerpo en la parte de la nuca y se dirigen hacia la cabeza a lo largo del recorrido del canal Du (consulten la fig. 13.2 de la página 141). Esto se explica en detalle en el libro *Stuck on Pause*.

Al mismo tiempo, deben practicar actitudes mentales de poder y fuerza. Si/Cuando aparece el amenazador Bloqueador, la persona necesitará sentirse como un guerrero, no como una zarigüeya norteamericana, un animal que "se hace el muerto" al menor susto. Vivir la vida como si fueran poderosos y fuertes, mientras imaginan que la energía fluye hacia la nuca y sube a la cabeza, puede ayudar a las personas a hacer los dos ejercicios anteriores y prepararlos para volver a encender sus glándulas suprarrenales después de años de mal funcionamiento.

He tenido pacientes cuyos Bloqueadores solo aparecieron cuando empezaron a trabajar en sentir más energía fluyendo en el cuerpo. El Bloqueador amenazó a uno de ellos con una voz *audible*. Este paciente había desactivado la pausa autoinducida, pero se sentía tentado todo el tiempo a volver a activarla.

Uso del modo de pausa en lugar del modo simpático

Si una persona que ha desactivado con éxito el modo de pausa se encuentra en una situación que la asusta, la enoja o incluso le resulta un poco desagradable, es posible que vuelva automáticamente al modo de pausa autoinducida.

Si una persona cuya mente está sana se encuentra en la misma situación, entrará en un mayor grado de *modo simpático* para afrontar lo que le resulta desagradable, *no* en el modo de pausa. La pausa es un modo drástico, que se debe utilizar en caso de *muerte* inminente. Pero en muchas personas que han estado en pausa durante mucho tiempo, todo su sistema simpático se ha vuelto algo inactivo. Es posible que no hayan utilizado la

adrenalina durante mucho tiempo. Cuando comienzan a utilizarla de nuevo puede parecerles algo extraño, inseguro e incluso peligroso.

Un paciente, cuando empezó a sentir adrenalina tras desactivar la pausa la *mayor* parte del tiempo, me comentó que sentía una especie de pánico escénico moderado y constante, una leve sensación de estar siempre preparado para algo. Nunca antes había sentido nada parecido. No era algo negativo ni un problema, no le molestaba para nada. Apareció cuando dejó de sentirse entumecido por dentro.

Los pacientes han ideado muchas maneras de reactivar el modo simpático. Pueden imaginarse a sí mismos introduciendo más energía en su cuerpo a la altura del cuello, en las proximidades de Du-15 y el bulbo raquídeo, de modo que aumente la energía en todos sus sistemas. Así pueden utilizar esta energía para practicar sentirse fuertes y defenderse. Es posible que se golpeen el pecho como un gorila, griten fuerte o lancen puñetazos al aire, todos comportamientos físicamente asertivos que una persona en pausa, por lo general, *no* querrá exhibir en público. Pero deben hacerlo si lo necesitan para volver a despertar su capacidad de acceder por completo al modo simpático, si es que el modo simpático *no* vuelve a activarse de forma automática. Este tema se aborda en *Stuck on Pause*.

Volviendo al paciente cuyo Bloqueador lo amenazaba de manera audible, cuando se dio cuenta de que estaba reactivando el modo pausa una y otra vez en respuesta a cualquier situación negativa, empezó a hacer ejercicios que podían volver a despertar el modo simpático. Fingía ser un animal con mucha fuerza *física*, en lugar de invocar *mentalmente* y con frialdad la potencia impulsada por la norepinefrina en su mente. Ponerse en pausa de un momento a otro es algo que un animal (excepto una zarigüeya) *no* hará en respuesta a un *escalofrío* causado por el miedo. Pero es probable que una persona que está acostumbrada a utilizar la pausa autoinducida lo *haga* una y otra vez.

El paciente anterior logró que el modo simpático volviera a funcionar. Sentía las extrañas sensaciones de tener el cuerpo inundado de adrenalina y, al mismo tiempo, escuchaba al Bloqueador. Fue entonces cuando el paciente me envió un correo electrónico: "¡Realmente lo *oí* [al Bloqueador] *decirme*, en voz alta, que se iba a vengar de mí mientras realizaba ejercicios para estimular mis glándulas suprarrenales!".

Cuando algunas personas logran desactivar la pausa, experimentan de forma automática un acceso total al modo simpático (reacción de alarma). Después de desactivar la pausa, los acontecimientos posteriores que generen miedo, enojo o estrés aumentarán el uso del modo *simpático* de forma *automática*: el circuito del Qi de los canales del cuerpo se redirigirá a los patrones del modo simpático con el fin de conservar la energía y proporcionar más energía para el aumento del ritmo cardíaco y la respiración más profunda, y así se atraerá al cuerpo más energía con fuerza vital en el bulbo raquídeo, en la parte de la nuca Esta es la respuesta de una persona *sana* al miedo, la ira y el estrés.

Para otros, el acceso a la adrenalina no se reanuda de forma automática cuando se desactiva la pausa. En cambio, incluso después de desactivar la pausa para siempre, es posible que, por costumbre, quieran *volver* a activar automáticamente el modo de pausa para hacerle frente a la negatividad o al estrés. En estas personas, puede parecer que el modo de pausa intenta reafirmarse, con la ayuda del Bloqueador, cada vez que aparece el estrés. Hasta que no aumenten la *cantidad* de energía que fluye hacia el cuerpo *y* practiquen movimientos físicos que *utilicen* esa energía, de modo que aumenten los comportamientos del modo simpático, podrían llegar a volver al modo de pausa por pura costumbre: se

comportan y piensan de forma similar a las personas que se encuentran en recuperación parcial.

Terapia cognitivo-conductual

Además de los ejercicios anteriores para estimular el mesencéfalo (y para activar las glándulas suprarrenales, si fuera necesario), muchas personas tuvieron que aprender primero a ser cautelosamente *conscientes* de sus propios pensamientos, por no decir controlarlos. Una simple terapia cognitivo-conductual les enseña a las personas a 1) reconocer los tipos de pensamientos que se asocian con la negatividad, la depresión y la desesperanza; 2) idear pensamientos positivos específicos que *reemplacen* a los otros y que puedan utilizar cuando, por costumbre, regresen a sus patrones de pensamiento negativo. [45]

Entre el reentrenamiento mediante terapia cognitivo-conductual para sustituir los pensamientos negativos por otros positivos *y* el aprendizaje para desactivar el monólogo interno inherentemente negativo e impulsado por la pausa mediante la conversación mental con un amigo invisible que les brinda apoyo y con el que pueden reírse, los pacientes lograron cambiar, de manera rápida o lenta, los procesos mentales que mantenían dormidos el cuerpo estriado y el tálamo.

Las personas que tuvieron una epifanía ya habían desarrollado un hábito

Antes de cruzarme con la investigación sobre la activación del cuerpo estriado, no me había dado cuenta de que todos mis pacientes que se habían recuperado durante una epifanía rápida habían pasado décadas o incluso la mayor parte de sus vidas hablando de forma periódica con un poder supremo o con un ser querido fallecido. Es posible que haya sido un hábito que desarrollaron como parte de una disciplina espiritual o un hábito que comenzó tras la pérdida de un ser querido. Cuando de manera espontánea, tal vez por desesperación, tomaron este hábito de larga data y lo profundizaron o se entregaron aún más, tuvieron una epifanía que desactivó la pausa.

Sin embargo, *ninguna* de las personas con las que me encontraba trabajando exhibía este comportamiento humano normal de hablar de forma periódica con un amigo invisible. Algunos pensaban que *no era normal* hacer esto. Algunos pensaban que rozaba la locura.

Conversaciones de memoria o por obligación

Una vez más, tener el mero *hábito* de hablar con una figura de autoridad espiritual *no* garantizaba necesariamente buenos resultados. Por ejemplo, uno de mis pacientes era monje desde hacía mucho tiempo, un lama. Había practicado hablar de forma constante, con indiferencia y de memoria con su gurú difunto. Pasaba horas todos los días recitando

[45] *Feeling Good* (Cómo sentirse bien), del Dr. David Burns, es el libro original de autoayuda sobre terapia cognitivo-conductual. Si una persona no tiene ni idea de cómo cambiar un hábito de conversación negativa con uno mismo, las sugerencias e instrucciones de este libro pueden serle de gran ayuda. Algunos de sus ejemplos son muy anticuados, pero sus ideas están explicadas con mucha claridad. A muchos de mis pacientes *no* les gustó este libro, aunque decían: "¡Dios mío! ¡Me está describiendo *a mí*!" Y aunque muchos pacientes estaban de acuerdo con todo lo que se explicaba en el libro, seguían sin "tener tiempo" para hacer los ejercicios. Sin embargo, sí tenían tiempo para continuar con sus hábitos autolesivos de pensamientos *negativos*. Estos ejercicios son extremadamente eficaces para aprender a ser cautelosos con los hábitos mentales personales y sustituirlos por otros más positivos y honestos, pero solo funcionan si uno los hace.

oraciones que había memorizado. Nunca *sintió* realmente que hubiera alguien escuchando o, *si* había alguien escuchando, lo hacía de forma crítica y desde un lugar superior. En la mente de este monje, el gurú *no* era un amigo personal con el que pudiera compartir momentos de risa permisiva y sin respeto. Quizá el gurú era un amigo risueño y afectuoso para *otras* personas, pero no para él. Sin embargo, mi paciente estaba convencido de utilizar a su gurú y solo a su gurú como amigo invisible. Pasaron más de cuatro años y seguía sin poder cambiar sus ideas inflexibles sobre la relación con su gurú. No había logrado reírse o incluso sentirse relajado en presencia de su gurú fallecido, su "amigo invisible". Aunque hablaba todo el tiempo con su gurú, sus síntomas de Parkinson no dejaban de empeorar.

Para poder recuperarse de la enfermedad de Parkinson, no bastaba con tener un hábito *mecánico* de hablar o rezar desde hacía décadas. Y tampoco ayudaba tener un Dios o un amigo sensato, crítico o estricto. En realidad, estas construcciones *aumentan* la actividad en la amígdala y pueden empeorar los síntomas del Parkinson. Se necesitaba una relación afectuosa, de confianza y *divertida* con el amigo invisible.

Comportamiento riesgoso

La mayoría de mis pacientes con Parkinson, desde que tenían uso de razón, habían hablado en silencio *consigo mismos* en un monólogo ininterrumpido y bastante circular, un monólogo prejuicioso y de evaluación constante que se prolongaba incluso mientras conversaban con otras personas, escuchaban música y llevaban a cabo sus rutinas. *Analizaban* y *juzgaban* críticamente cada momento de sus vidas, pero no lo *vivían*.

Cuando se me ocurrió la idea de hablar con alguien *fuera* de uno mismo (tener un diálogo de dos partes en lugar de un monólogo), la mayoría de mis pacientes y corresponsales con Parkinson que mantenían un monólogo constante y patológico consigo mismos me dijeron que no era *normal* hablar con alguien invisible que está *fuera* de uno mismo.

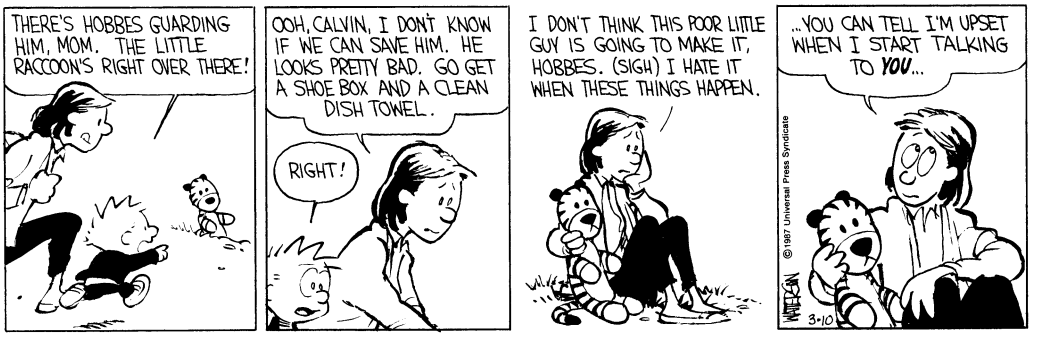
A muchos, la idea de dirigir sus pensamientos silenciosos y secretos a otra persona les parecía insegura, incluso alarmante: el comportamiento de un loco. Algunos pacientes llegaron a decirme que solo las personas religiosas podían hablar con un amigo invisible. Estaba claro que estos pacientes no recordaban que muchos niños pequeños incluso hablan *en voz alta* con lo que llamamos "amigos imaginarios". Algunos de mis pacientes, que no lo comprendían, me preguntaron por qué los ateos no tienen todos Parkinson, como si el hecho de que *no* hablaran religiosamente con Dios *causara* Parkinson.

Algunos suponían que *solo* las personas religiosas podían hablar con un amigo invisible o sentirse conectadas a un universo que escucha y ama. Esto no es así, por supuesto. Las ideas y preguntas anteriores están llenas de falacias. Así que compré los derechos para utilizar dos caricaturas de la famosa historieta de Bill Watterson "Calvin and Hobbes" para este libro. Pensé que estas servirían para mostrar que, en las personas sanas, este tipo de conversación es, de hecho, algo normal. Esperaba que mis pacientes vieran estas dos caricaturas y dijeran: "¡Ah! Entiendo a lo que te referías. Hablar con honestidad con algo fuera de uno mismo. ¡Qué fácil!"

Un par de caricaturas

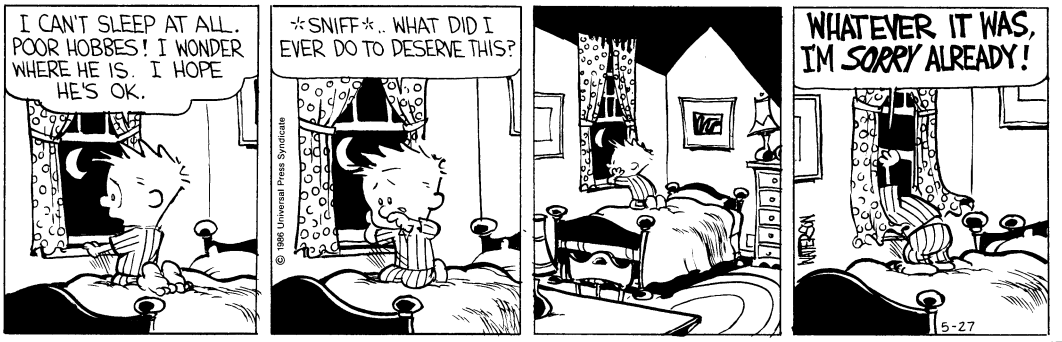
En la primera tira, Calvin depende de su madre para salvar a un mapache bebé moribundo que fue atropellado por un automóvil. La mamá habla con Hobbes en busca de consuelo, que es un tigre de peluche y el mejor amigo de Calvin. Calvin y Hobbes suelen

hablar de manera constante.



46

En la segunda tira, Calvin está desesperado. Hace una semana que Hobbes está desaparecido porque se lo ha llevado un perro callejero. Así que Calvin habla con el universo en su totalidad.



47

Durante décadas, esta querida historieta caló hondo en millones de lectores porque casi siempre se basaba en comportamientos humanos básicos, comportamientos con los que casi todos podemos sentirnos identificados, como las constantes conversaciones bidireccionales de Calvin con Hobbes, su tigre de peluche y mejor amigo, en casi todas las tiras. El humor conmovedor de las dos tiras que he compartido aquí proviene de la necesidad humana inherente de llamar o hablar de manera íntima, aunque *parezca* ilógico, con algo o alguien externo a uno mismo, cuando se busca consuelo.

Cuando la mayoría de las personas ven estas tiras, se ríen porque se han encontrado en una situación similar, angustiados y hablando de manera desinhibida con un desconocido, aunque parezca ilógico. No obstante, muchos de mis pacientes con *Parkinson* no tenían ni idea de lo que sucedía en estas tiras. La mayoría de mis pacientes con EP *no* leía las historietas y decía: "Ah, ya entiendo", sino que decía cosas como: "¿Por qué la

[46] CALVIN AND HOBBES © 1987 Watterson. Reimpreso con el permiso de ANDREWS MCMEEL SYNDICATION. Todos los derechos reservados.

[47] CALVIN AND HOBBES © 1986 Watterson. Reimpreso con el permiso de ANDREWS MCMEEL SYNDICATION. Todos los derechos reservados.

madre de Calvin está hablando con el tigre de peluche?" y "Entonces, ¿con quién está hablando Calvin por la ventana… con el lector?"

Muchos de mis pacientes con Parkinson, que eran muy inteligentes, ni siquiera podían entender qué hacían esos personajes de una historieta, ¡ni por qué! Uno de mis pacientes llegó a preguntarme: "¿Estás tratando de dar a entender que el niño de la segunda historieta es religioso?".

No, Calvin es un niño malcriado y egocéntrico de 6 años cuyo principal amigo invisible es un tigre de peluche que se llama Hobbes. Dudo que la mayoría de los lectores de esta historieta hayan pensado que Calvin es un niño muy religioso o espiritual. Sin embargo, cuando está desesperado y no tiene a Hobbes para hablar, grita de manera instintiva por la ventana a alguien o algo que sabe que está escuchando.

Calvin busca y recibe consuelo y respuestas de Hobbes de manera constante. Las respuestas de Hobbes suelen ser burlonas, divertidas e irrespetuosas. Por el contrario, la mayoría de mis pacientes con Parkinson tipo I son muy reacios a buscar consuelo en los demás. Algunos me han dicho que preferirían morir antes que "rebajarse" a pedir ayuda.

Como comentario al margen, existen colecciones de las historietas de Calvin y Hobbes. Recomiendo que las personas con EP tipo I las estudien.

El grupo de apoyo para el Parkinson

He aquí una anécdota ilustrativa: cuando asistí al grupo de apoyo local para el Parkinson para reclutar a mis primeros voluntarios, antes de saber que *tenía* enfermedad de Parkinson, me senté en una silla mientras las personas sentadas en círculo se turnaban para contar cómo estaban.

Una de las mujeres con EP contó: "Esta semana, fui al supermercado y necesitaba algo de un estante de arriba. No podía alcanzarlo. Aunque no quería, le pregunté a un joven si podía alcanzármelo. Y me dijo que sí. Fue muy amable. Pero lo que quiero compartir con ustedes es que se lo veía realmente feliz de poder *ayudarme*. Jamás hubiera pensado que pedir ayuda podría hacer feliz a otra persona. Así que tal vez esté bien pedir ayuda a veces".

Me sorprendió que esta interacción tan humana le abriera los ojos. Soy bastante baja, y le pido a desconocidos que me alcancen artículos de las estanterías altas a diario. Por otra parte, yo también pertenezco desde hace tiempo al club de "prefiero hacerlo yo sola", así que comprendí su humillación y su disgusto. Los demás miembros del grupo asintieron en silencio cuando ella dijo "así que tal vez esté bien pedir ayuda". Pero, de alguna manera, podía jurar que cada uno de ellos pensaba por dentro: "Sí, pero espero que nunca tenga que hacerlo…"

Ya que estoy hablando del grupo de apoyo, quiero compartir otra observación de aquella reunión. La primera vez que entré en la sala comunitaria de la iglesia donde se reunía el grupo de apoyo para el Parkinson, me invadió al instante una extraña y agradable sensación de lo que ahora llamo resonancia electromagnética.

Por lo general, me sentía incómoda en reuniones de muchas personas, en especial, si eran extraños. Pero me sentía físicamente bien, incluso segura. Sentía como si, por primera vez en mi vida, estuviera en una sala llena de gente con la que podía sentirme identificada. Aunque nunca antes había utilizado lo que entonces me pareció una expresión "cursi", pensé: "He encontrado a mi tribu". Sin embargo, aun así no me sentía segura con aproximadamente la *mitad* de las personas que estaban sentadas en el círculo y no me parecían muy resonantes. Eran personas normales.

Esto no quiere decir que casi siempre fuera paranoica, pero siempre había sentido una incomodidad *física*, casi una agitación interna, en presencia de grupos grandes de personas, y en este grupo de personas con EP, esa incomodidad era mucho menor de lo que había previsto.

Poco después de comenzar la reunión, el moderador dijo: "Ahora, los cuidadores irán a la sala C, al final del pasillo. Las personas con Parkinson se quedarán aquí". ¡Y toda la gente "ordinaria", la gente con la que *no* sentí esta nueva resonancia, se levantó y salió de la sala! Ahora estaba en una sala llena de gente que me parecía *real*, normal y me hacía sentir segura. Por primera vez en mi vida, sentí que encajaba desde el punto de vista *físico*. En aquel momento, me preguntaba si tenía algún tipo de compasión moralmente superior que me hacía sentir bien al estar por voluntad propia en una habitación llena de gente que estaba luchando contra una enfermedad prepotente.

Mucho más adelante, después de que me diagnosticaran y me recuperara de la EP, descubrí que había perdido mi actitud defensiva crónica y mi agitación física interna cuando estaba cerca de grupos grandes de personas. Llegué a la conclusión de que las extrañas configuraciones eléctricas de pausa de mi cuerpo me habían hecho sentir durante mucho tiempo lo que ahora llamo una disonancia eléctrica con casi todo el resto del mundo… *excepto* con las personas que tenían las mismas configuraciones eléctricas de la pausa que yo. Mis sensaciones internas de agitación y disonancia eléctrica con la mayoría de las personas cesaron en cuanto se desactivó la pausa.

Antes de recuperarme, cuando me encontraba en grupos grandes de personas o cuando recibía un abrazo amistoso de otras personas, incluso de mis seres queridos, la sensación de disonancia, a veces, me generaba dolor físico. Pero la primera vez que estuve en una sala llena de personas que, sin que yo lo supiera, tenían exactamente las mismas corrientes eléctricas que yo, me sentí relajada. Después de que las personas sin Parkinson se marcharan a la sala C, surgió otro tópico silencioso: "Estoy en casa".

Esto me lleva a otro contexto, a una clase que impartí en Reading, Inglaterra, en la que unas 30 personas con Parkinson estaban sentadas en círculo mientras se presentaban y decían unas palabras sobre sus batallas con el Parkinson. Ya habían hablado dos tercios del círculo cuando una mujer de unos 30 años se presentó y dijo: "Yo no pertenezco a este lugar. No soy como ninguno de ustedes. Son todos tan inteligentes y *diferentes* a mí. Solo soy una persona *normal*".

A continuación, nos contó que, tras lesionarse el hombro en el trabajo, al día siguiente no podía mover el brazo derecho. Acudió a un médico y de inmediato le diagnosticó Parkinson. El único síntoma de Parkinson que tenía era la "ausencia de balanceo automático del brazo". Le volví a colocar el húmero en la cavidad glenoidea y enseguida pudo mover el brazo por primera vez en 3 años. Le habían dado un diagnóstico *terriblemente* erróneo. Su madre, que la había venido a acompañar, rompió en llanto.

Pero el tema es que esta mujer tenía toda la razón. Desde el punto de vista eléctrico, *no* era como los demás. Su mente lo sabía y sospecho que también lo *sintió* de forma física.

Me pregunto si, al estar en una habitación llena de personas con Parkinson, sintió la misma incomodidad que yo siempre había sentido en una habitación llena de personas que *no* tenían el circuito eléctrico de la pausa. Que nuestros cuerpos resuenen o no con los que nos rodean es un factor extremadamente importante en cuán conectados estemos y cuán seguros nos sintamos.

Poniéndonos filosóficos por un momento, un buen objetivo en la vida incluso podría ser aprender a resonar con algo mucho más grande que los simples individuos que nos rodean. Por ejemplo, si resonamos con todo el amor del universo, es menos probable que nos desviemos del rumbo cuando nos encontremos cerca de algún individuo cuyas corrientes sean un poco diferentes de las nuestras. Pero ya me estoy desviando del tema.

Volviendo al punto anterior, que era la idea de conversar con un amigo invisible, las personas con EP tipo I son muy a menudo reacias a hacerlo, ni hablar de pedir ayuda, pedir ayuda a los gritos o extender físicamente la mano para recibir consuelo, incluso una mano *invisible* que los consuele, el comportamiento humano normal y saludable de una persona que ha sufrido un gran trauma.

Muchos de mis pacientes con Parkinson tipo I, al obligarse a sí mismos en secreto a no sentir dolor (a menudo, por *muy* buenas razones), le habían cerrado la puerta por error a este tipo de comportamiento *instintivo* de hablar con un amigo invisible o extender la mano, un comportamiento saludable que debería ser *automático* en momentos de estrés o sufrimiento emocional. La orden secreta que desencadena la pausa autoinducida atenúa la capacidad innata de las personas de *sentir* somáticamente y tener la sensación de estar conectadas con algo fuera de sí mismas. También inhibe la capacidad de tener un sentido de la comunicación con alguien/algo fuera de uno mismo. El modo de pausa sitúa al cerebro en el limbo entre la vida y la muerte.

Volviendo al 2015, cuando compartí con mis pacientes mis nuevas ideas sobre la autoestimulación del tálamo y el cuerpo estriado mediante el desarrollo de una relación parasocial, con el tiempo, la mayoría de ellos estaban dispuestos a intentarlo. Aunque para ellos no tenía sentido, parecía un poco peligroso o rozaba la locura, todos aceptaron darle una oportunidad. Al cabo de unos meses, algunos de ellos notaron que sus comportamientos sociales y mentales estaban cambiando lentamente… y que sus síntomas de Parkinson eran un poco menos constantes y/o un poco menos intensos. Y lo que es más importante, muchos empezaron a identificar una relación inmediata entre sus pensamientos y sus síntomas físicos en un momento dado. Otros trabajaron en esto durante dos o tres años antes de notar la correlación. Pero una vez que la notaron, se encaminaron.

Ejercicios auxiliares para acelerar la recuperación

Con la comprensión del papel que desempeña el cuerpo estriado en la pausa y en el Parkinson llegaron técnicas y ejercicios adicionales que pueden realizarse junto con los ejercicios principales que consisten en hablar y sentirse cerca de un amigo. El objetivo fundamental de *todas* las terapias para la EP tipo I es aumentar la cantidad de energía que se mueve por la línea media del cerebro. Para lograrlo, las siguientes terapias también pueden ser útiles.

1) Imaginar mentalmente tanta energía como sea posible en las proximidades de Yin Tang, el punto entre las cejas. Esto crea una atracción en el canal Du, que lleva más Qi a la línea media. Al meditar con los ojos cerrados, se los puede levantar suavemente como si se mirara a este punto. Cuando los ojos están abiertos, se puede seguir imaginando que hay una luz brillante en esta zona o que este sitio tiene una poderosa cantidad de energía, como si hubiera un imán o una bola de luz brillante en el centro de la frente. Esto se puede hacer tan seguido como sea posible. *No* lo intenten cuando deseen conciliar el sueño, ya que podría mantenerlos despiertos.

2) Imaginar mentalmente que la energía se desplaza a lo largo del canal Du por el centro de la cabeza. Esta energía se mueve desde la base del cuello hasta Yin Tang. Muchas personas con Parkinson no pueden imaginar nada positivo, y mucho menos energía moviéndose por la cabeza. Sin embargo, incluso *tratar* de imaginar cómo la energía se mueve a lo largo de esta línea puede ser útil. ¿Con qué frecuencia? Tan a menudo como sea posible. Aunque parezca que *no pueden* hacerlo o que no sienten nada, háganlo de todos modos. Están intentando superar un hábito muy arraigado, y estar en pausa hace que sus cerebros quieran resistirse a la activación de esta corriente. Es posible que tengan que hacerlo miles de veces antes de que sus cerebros empiecen siquiera a pensar en cambiar.

3) Dar las gracias mentalmente. No importa por qué. Pase lo que pase, en especial, si ocurre algo adverso y les encantaría caer en el abismo de la autocompasión o el rencor, den las gracias. Díganlo una y otra vez, hasta que su impulso inmediato de pensar algo negativo o de mirarse al espejo para autoconsolarse o darse órdenes se haya redirigido hacia la gratitud o hacia algo positivo que estimule el cuerpo estriado. Recuerden que los pensamientos negativos *inhiben* el flujo que pasa a través del mesencéfalo.

Pueden darles las gracias a sus amigos invisibles, si es lo que desean. Se proporciona más información sobre este tema en *Stuck on Pause*. Cuando logren hacerlo bien, podrán sentir un cambio sutil en cómo se *sienten* cuando dan las gracias en su mente, si lo dicen en serio. Este cambio en la forma en que se sienten por dentro sugiere que sus tálamos están siendo estimulados.

Den las gracias por sus alimentos, por su capacidad para respirar, por sus síntomas de Parkinson. Den las gracias por todo. *No* es necesario que sean un converso espiritual a la Escuela de la gratitud, pero *sí* deben cambiar la forma en que las corrientes fluyen por el cerebro. Dar las gracias a alguien invisible provoca dos cosas: sustituye temporalmente el flujo de pensamientos negativos por uno positivo *y* refuerza sus relaciones con sus amigos invisibles. De esta forma, se estimula el flujo a través del cuerpo estriado de *dos* maneras.

4) Meditar. Si no conocen ninguna técnica concreta de meditación, siéntense en silencio y digan mentalmente una frase positiva y sencilla, una y otra vez. O controlen su respiración. También pueden implementar alguna técnica de meditación ligera que les enseñe un amigo o que aprendan de un sitio web. Hay infinidad de sitios web con instrucciones de meditación. Sentarse a meditar en silencio puede ser muy difícil si tienen un temblor interno y/o si están rígidos e incómodos. Pero, por favor, no se desanimen. Es posible forzarse a hacer algo bueno por uno mismo durante unos minutos, aunque el cerebro con EP no quiera. Puede que descubran que la batalla por recuperar la autoridad sobre sus propias mentes es muy difícil, en especial, si la mente lleva mucho tiempo atrapada en un nivel antinatural de cautela y negatividad debido a la pausa. Aunque sea difícil, es posible. Ustedes crearon el comportamiento de sus cerebros, así que también pueden eliminarlo o sustituirlo por algo diferente.

Mi sitio web de meditación favorito ofrece clases sobre técnicas de meditación aptas para seguidores de cualquiera de las principales religiones del mundo: www.yogananda-srf.org.

Más información sobre los plazos de recuperación

Como mencioné antes, un paciente nuevo con síntomas muy incipientes de Parkinson desactivó la pausa de forma inesperada y permanente en menos de un *minuto* tras

empezar a hablar en silencio con su abuela que había fallecido hacía poco tiempo. También experimentó los síntomas de recuperación mucho más rápido que la mayoría.

La mayoría de las personas, después de desactivar la pausa, no sienten los síntomas de recuperación de movimiento incontrolado e infantil en tejidos previamente entumecidos durante semanas o incluso meses. Pero este paciente comenzó a tener síntomas de recuperación casi de inmediato. Tuvo un episodio de espasmos faciales infantiles característicos de la recuperación a los 20 minutos de haber desactivado la pausa, mientras estaba en mi consultorio. Estaba alarmado. Exclamó: "¿Eso de lo que me advertiste [síntomas de recuperación] me va a ocurrir de verdad? ¡No te creía!"

A los pocos días, se encontró agarrándose los bíceps, que antes estaban atrofiados y ahora le ardían y le dolían, en un esfuerzo infructuoso por evitar los nuevos movimientos automáticos de los brazos que se producían miles de veces al día, un balanceo saludable del brazo con cada paso.

Cabe destacar que esta persona era muy joven, tenía menos de 30 años. También se había obligado durante mucho tiempo a mantener una actitud positiva y confiada, incluso cuando se sentía cada vez más *propenso* a ser cauteloso y desconfiado. Había luchado y rechazado de manera constante y activa la voz cautelosa y cada vez más dominante en su mente.

El resto de mis pacientes tardaron más tiempo en experimentar cambios físicos y/o internos tras empezar a hablar con un amigo invisible. A menudo, muchísimo más tiempo, incluso años, en algunos casos. Sin embargo, los que se aferraron a esto y se enseñaron a sí mismos a dirigir de forma constante sus pensamientos y preguntas a amigos invisibles afectuosos poco a poco comenzaron a sentirse más seguros. Fueron aprendiendo de forma progresiva a sentir constantemente (en verdad, constantemente) como si estuvieran en presencia de alguien o algo que los quería y con quien podían reírse y ser ellos mismos, con todos sus defectos Esto les resultaba nuevo a todos. Al principio, a muchos les parecía ridículo. Les avergonzaba estar "hablando con la nada". Sin embargo, si se aferraban a esto hasta que su amigo parecía real y, luego, añadían las peticiones que estimulaban el tálamo, como "déjame *sentir* tu presencia" o "déjame *sentir* tu alegría y amor dentro de mí", se desactivaba su uso prolongado del modo de pausa por sí solo.

La pausa se desactivó cuando estas personas con enfermedad de Parkinson tipo I por fin se sintieron estables por dentro y lo suficientemente *seguras* como para volver a la vida. Ya sea de forma instantánea o gradual, los síntomas del Parkinson disminuyeron y, luego, cesaron. Comenzaron los extraños síntomas de recuperación, síntomas opuestos a los de la enfermedad de Parkinson.

Muchas personas no se recuperan nunca

Quiero dejar esto en claro: muchas de las personas con las que trabajé que estaban en pausa autoinducida *no* se recuperaron. Las razones solían encajar en cuatro categorías.

1) No podían "recordar" que debían prestar atención a un diálogo positivo de dos partes con un amigo invisible. Sentían que su hábito de afligirse por lo negativo estaba demasiado arraigado y les resultaba cautivador. Al final, se convencieron de que no lograrían cambiar y dejaron de esforzarse para conseguirlo.

2) No *querían* cambiar su forma de pensar ni "entregarse" a las fuerzas universales de la bondad, y sentían que no era necesario hacerlo. Preferían enfocarse en cambios en la alimentación, "máquinas de energía", ozonoterapia, lo que se les ocurra. Según mi poca

experiencia, *ninguna* de estas tácticas ha funcionado a largo plazo, aunque muchas proporcionan un período temporal de efecto placebo en el que se reducen los síntomas.

3) Decidieron seguir el camino de la medicación porque necesitaban que "el Parkinson desapareciera" de inmediato. Pensaban que la recuperación no sería lo suficientemente rápida.

4) Lo más trágico es que muchas personas sentían que no merecían recuperarse, que no serían capaces de recuperarse aunque todos los demás lo hicieran, o que "merecían" tener Parkinson como una especie de castigo o una manifestación de "la voluntad de Dios".

La *mayoría* de mis pacientes encajan en las cuatro categorías anteriores.

La voz que había oído en mi sala de meditación tenía razón. La mayoría de mis pacientes no *quería* recuperarse de la causa subyacente de la enfermedad de Parkinson. *Querían* deshacerse de los síntomas. Pero no querían, no creían que pudieran o no creían que *merecieran* librarse de la causa subyacente: la decisión de dejar de sentir el dolor físico y/o emocional de este mundo.

Capítulo trece

La biología de la pausa

Dejando de lado, por ahora, el debate inconcluso de las cuestiones relacionadas con la recuperación y la crónica de mi proyecto de investigación, los próximos seis capítulos tratarán sobre los aspectos más "técnicos" de la enfermedad de Parkinson: la biomecánica del modo de pausa, las localizaciones específicas de los diversos tipos de síntomas del Parkinson, cómo diagnosticar el Parkinson y, después, cómo diagnosticar qué *tipo* de EP tiene una persona.

En este capítulo, se presenta una explicación más completa de los comportamientos eléctricos del modo de pausa que la que se proporcionó en el capítulo uno. Este largo capítulo es bastante técnico. Está pensado para personas con formación en medicina que deseen conocer los detalles de los sistemas de circuitos y los mecanismos fisiológicos que se encuentran activos durante la pausa. Esta información también se incluye a modo de apoyo a mis declaraciones de que el esquema eléctrico de la enfermedad de Parkinson coincide perfectamente con el esquema eléctrico de la pausa. Debido al nivel de detalle de este capítulo, puede parecer que hay demasiada información para una persona con Parkinson que lo único que quiere es saber cómo recuperarse. Si se sienten abrumados con este capítulo, pasen al capítulo catorce. Si tienen Parkinson, el capítulo catorce, sin duda, será de su interés.

La mayor parte de este capítulo se ha extraído del capítulo catorce de mi libro *Tracking the Dragon* (Cómo localizar al dragón). En ese capítulo, se explica cómo se comporta la pausa normal, capaz de salvar vidas, un modo que con suerte es de *corta* duración, en una persona sana. La mayor parte de la información sobre la pausa de ese capítulo no se refiere a la enfermedad de Parkinson *en específico*. Aun así, una persona con EP podrá ver las similitudes entre la pausa saludable a corto plazo y la pausa crónica del Parkinson. Para este libro, he añadido algo de material introductorio y algunas modificaciones específicas del Parkinson al material de *Tracking the Dragon*. También hay algunas partes que son algo redundantes, ya que tratan aspectos de la pausa que se presentaron en capítulos anteriores.

Tracking the Dragon contiene instrucciones sobre cómo encontrar el Qi de los canales, describe los esquemas generales de los canales para cada uno de los cuatro modos neurológicos y explica, de forma coloquial, cómo los circuitos bioeléctricos que sustentan las teorías de los canales de la medicina china pueden funcionar mal, lo que causa problemas físicos y emocionales. Si les *gusta* este capítulo, pueden acceder al texto completo de *Tracking the Dragon* en JaniceHadlock.com.

No es todo o nada

La pausa no suele ser un modo a todo o nada. Al igual que los otros tres modos neurológicos, 1) parasimpático (contento, curioso), 2) simpático (reacción de alarma) y 3) sueño, el modo de pausa (coma o cercanía con la muerte) puede manifestar sus comportamientos particulares en los neurotransmisores, los órganos y los pensamientos en un espectro de amplitud de leve a fuerte *y* en un espectro de comportamiento, en el que el

modo de sueño, el modo simpático o ambos se encuentran en el extremo opuesto al modo de pausa.

En el extremo leve del espectro de amplitud, los síntomas de la pausa pueden manifestarse como una ligera tensión muscular en ciertos músculos y una ligera laxitud en los músculos opuestos, así como un leve aturdimiento y/o la liberación de endorfinas que reducen el dolor. En el otro extremo, los síntomas pueden incluir inmovilidad y/o coma.

Aunque un médico pueda decir que una persona está "en modo simpático", lo que en realidad quiere decir es que el modo simpático de la persona es el *dominante* en ese momento, es decir, utiliza un grado algo *mayor* de modo simpático y un grado algo *menor* de parasimpático de lo normal. En cada momento, las personas utilizan casi siempre una combinación de dos o más modos. Incluso una persona muy sana y feliz utiliza una combinación de los modos simpático y parasimpático. A medida que el estado de ánimo de las personas fluctúa, sus corrientes eléctricas subdérmicas cambian en consonancia: los pensamientos negativos desplazan los canales más hacia el circuito simpático; los pensamientos positivos, más hacia el parasimpático. Los comportamientos neurológicos y fisiológicos y la química corporal cambian de una manera que refleja las ondas electromagnéticas que emiten los pensamientos de una persona, los cuales que influyen en los comportamientos del Qi de los canales, que, a su vez, influyen en todo lo demás.

Si una persona en pausa está caminando, lo que significa que no está en coma, se encuentra en un grado *parcial* del modo de pausa. Algunos de sus circuitos corporales podrían estar funcionando en patrones de pausa y otros, en los sistemas de circuitos o variaciones de amperaje característicos del modo simpático. Algunas partes de sus canales podrían estar fluyendo más en un patrón de modo de sueño o de modo de presueño. Una persona que utiliza la pausa puede incluso estar ejecutando una *pequeña* cantidad de circuitos en modo parasimpático. Pero *si* está usando *alguna* cantidad del modo de pausa, es probable que la *cantidad* total de Qi de los canales en todo su cuerpo haya disminuido en consecuencia por *debajo* de los niveles normales.

Por ejemplo, una persona con Parkinson tipo I en fase inicial que está *comiendo* tiene *algunos* circuitos de pausa en funcionamiento, *pero* su tubo digestivo podría estar moviéndose en la dirección correcta (ejecuta algunos circuitos del modo parasimpático en los órganos digestivos). Es posible que la digestión no sea *óptima*. Podría sufrir estreñimiento porque su intestino podría estar *algo* inhibido, lo que reflejaría su uso del modo de pausa en cierta medida. Al mismo tiempo, sus músculos de masticación y el reflejo de deglución podrían estar funcionando, lo que muestra que también está ejecutando *algunos* patrones de canal parasimpático, aunque a una amplitud mucho menor de lo ideal. El efecto neto es que algunas corrientes podrían estar funcionando en circuitos de pausa, a un amperaje bajo, incluso mientras algunas otras partes del cuerpo tienen en funcionamiento corrientes en las direcciones de los modos parasimpático *o* simpático, también a un amperaje inferior al ideal. La cuestión es que diferentes partes del cuerpo podrían estar utilizando los patrones de circuitos de diferentes modos, y *todo al mismo tiempo*.

Si una persona utiliza una combinación de bajas cantidades de circuitos de pausa y bajas cantidades de circuitos parasimpáticos, aún podría tragar y digerir *moderadamente* bien. En esta línea, algunos de mis pacientes con Parkinson han tenido problemas digestivos crónicos casi todas sus vidas, como falta de apetito, estreñimiento, o un estómago "de hierro" (entumecido). Algunos tienen trastornos alimentarios compulsivos. Otros nunca sienten hambre y deben comer por obligación. El reflejo de deglución podría estar

funcionando, pero aun así por debajo de lo ideal; por ejemplo, mi exhalación constante mientras comía para tratar de evitar que la comida bajara por el camino equivocado (hacia la tráquea) fue un problema a largo plazo que se debía a la alteración del reflejo de deglución típico del modo de pausa.

La cuestión es que un cuerpo podría estar ejecutando algunos circuitos de pausa y algunos circuitos de los modos simpático o de sueño, e incluso un poco del modo parasimpático, lo suficiente como para impulsar *un poco* la digestión.

Modos mixtos

Para entender mejor los modos mixtos, pensemos en los sistemas *mecánicos* que utilizan una combinación de corrientes eléctricas intercambiables: una computadora puede ejecutar dos o más programas al mismo tiempo. Una pantalla dividida puede mostrar dos archivos al mismo tiempo. O la computadora puede estar encendida, pero "hibernando". La pantalla puede ser brillante o emitir un resplandor tenue. Las posibilidades y las variaciones son, al parecer, infinitas.

Ahora, pensemos en el espectro de los modos parasimpático/simpático. En los seres humanos, todos los canales principales fluyen hacia o desde las puntas de los dedos de las manos y los pies cuando se está en modo *parasimpático*. Cuando una persona está viva, la energía se encuentra *siempre* fluyendo hacia el cuerpo en la nuca, en el área del bulbo raquídeo, que en Oriente Medio se conocía como "la boca de Dios" en la antigüedad. La cantidad que fluye en cada momento varía y depende en gran medida de la energía que la persona *quiera* sentir en su cuerpo. Esta energía entra en el cuerpo en forma de onda. Se convierte en el interior de la columna vertebral en las cargas eléctricas del Qi de los canales. El Qi de los canales luego fluye desde el interior de la columna vertebral hacia fuera a través del cóccix y hacia el canal Du.

El *exceso* de Qi se descarga siempre por los dedos de las manos y los pies. Durante una emergencia, que requiera un gasto extra de energía, el flujo del Qi de los canales se desvía de los dedos de las manos y los pies para evitar la pérdida de energía en estos lugares de descarga.

A medida que una persona se desliza hacia un mayor grado de modo simpático, una cantidad equivalente de Qi de los canales se *desvía* de los dedos de las manos y los pies y cambia directamente al canal subsiguiente desde un lugar *anterior* a los dedos.

Por ejemplo, en un grado alto de modo *parasimpático*, la mayor parte del Qi del canal del estómago fluye hasta la punta del segundo y del tercer dedo del pie. A continuación, el Qi se descarga en el suelo o viaja por la parte superior de los dedos de los pies hasta la punta del dedo gordo del pie, según sea necesario. En la punta del dedo gordo, la corriente cambia de nombre y se denomina canal del bazo. El canal del bazo fluye desde el dedo gordo del pie, sube por la cara interna del pie, pasa por la pierna y llega al torso.

Pero a medida que una persona avanza hacia un mayor grado de modo simpático, fluye menos Qi del canal del estómago hacia las puntas de los dedos de los pies. Una mayor parte del Qi del canal del estómago fluye de forma horizontal desde la parte superior del pie hacia SP-3, cerca del metatarso, y evita de esta forma las puntas de los dedos de los pies.

Los esquemas increíblemente complejos del cuerpo permiten desviar diferentes *cantidades* de corriente hacia la vía más adecuada en cada instante, en función de los pensamientos y las necesidades del momento. Las posibilidades eléctricas de un ser humano son *infinitamente* más complejas que las de una computadora. Nuestros cuerpos pueden

manifestar un número casi infinito de variaciones en las combinaciones de los modos de pausa, simpático, parasimpático y de sueño. Sí, incluso el modo de sueño tiene variaciones, como los ciclos REM. Algunas de las variaciones del Qi de los canales que se producen durante el sueño influyen en la naturaleza de nuestros sueños.

Como comentario al margen, los recorridos de los canales principales, que se presentan en los libros básicos sobre medicina china y se exponen en carteles en las paredes de muchos acupuntores, solo muestran cómo fluye el Qi de los canales en una persona que está en modo parasimpático *puro*, está consciente, goza de una excelente salud y no se mueve. Los patrones de flujo de los canales para los *otros* modos *jamás* se muestran en estos diagramas básicos, ni se enseñan en la mayoría de las escuelas de acupuntura. Canal "principal" significa "ruta pura, ideal, parasimpática".

Los textos antiguos dicen que hay "diez mil" rutas posibles del Qi de los canales. Tanto en chino antiguo como en sánscrito, la frase "diez mil" se utilizaba de forma poética para transmitir el concepto de "infinito" o "más allá de la comprensión". Por desgracia, la frase suele traducirse a otros idiomas de forma bastante literal, lo que hace que la gente se pregunte por qué el cuerpo tiene exactamente diez mil canales o diez mil partes distintas de corrientes. No es así. Tiene un número casi *infinito* de posibles patrones de flujo o, como se decía en la antigüedad, "diez mil".

No hay dos personas que tengan corrientes exactamente iguales. Por ejemplo, en respuesta a un estrés alarmante, una persona podría utilizar una pequeña versión localizada del modo simpático, o tal vez incluso la pausa. Esto podría manifestarse como una opresión (un "bulto") en la garganta. También podría sentirse como un "nudo" en el estómago o quizá náuseas en respuesta al mismo tipo de estrés. Otras personas podrían experimentar el mismo estrés como una "patada" en el estómago. O mareos. O una ola de confusión. No hay dos personas que respondan al estrés *exactamente* de la misma manera. No hay dos personas que presenten una respuesta de pausa modificada exactamente de la misma manera. No hay dos personas con Parkinson que tengan exactamente los mismos síntomas.

Cuando me refiero a la pausa en este capítulo, describo las generalidades que se presentan en un grado relativamente alto de circuitos y síntomas relacionados con la pausa, *como si* el modo de pausa fuera a todo o nada, y *como si* el modo pausa se manifestara de la misma manera en todas las personas. Pero en un momento dado, en respuesta a los *mismos* acontecimientos o emociones externas, las personas activan *diferentes* modos, en *diferentes* grados, e incluso en *diferentes* partes del cuerpo. Los activadores de los comportamientos específicos del Qi de los canales de una persona son, más que nada, sus pensamientos, recuerdos y genética, pero también pueden verse afectados por los antecedentes de lesiones, enfermedades, dieta, tejido cicatricial, alergias, etc.

La siguiente información está copiada del capítulo catorce de *Tracking the Dragon*

El modo de pausa es la respuesta neurológica correcta y saludable a la pérdida profusa de sangre u otros traumatismos cercanos a la muerte, como una conmoción cerebral o lesiones potencialmente mortales. La perforación excesiva de la piel, que puede incluir un corte accidental y, en un grado leve, la punción excesiva de la acupuntura, también pueden desencadenar la pausa.

Durante la pausa se puede experimentar, en diversos grados, una *disminución* de la frecuencia cardíaca, una respiración más superficial o lenta y un *descenso* de la presión arterial. La sangre sale de la piel y los músculos y se dirige hacia el interior, hacia la columna vertebral y el cerebro, y *no* hacia el corazón y los pulmones. La piel puede estar sudorosa. La regulación de la temperatura puede ser deficiente, en especial, en las extremidades. Puede producirse la liberación de endorfinas y una disminución simultánea de la percepción de algunos tipos de dolor.

Estas alteraciones de la fisiología pueden salvar vidas. Por ejemplo, la inhibición de la fuerza cardíaca impulsada por la pausa ralentiza *en gran medida* el ritmo y la fuerza con que se bombea la sangre. Si ha habido una rotura peligrosa de los vasos sanguíneos durante una lesión, esta inhibición de la frecuencia y la fuerza cardíacas podría ayudar a reducir la pérdida de sangre.

El cuerpo puede quedar laxo o acomodarse en posición fetal. Esta posición fetal se produce porque, en las partes del cuerpo donde el Qi de los canales fluye de repente *en retroceso*, los músculos se vuelven rígidos. Por el contrario, cuando se *corta* el Qi de los canales, los músculos se debilitan. El flujo en retroceso y desactivado del Qi de los canales que se produce en grupos musculares opuestos y en pares puede causar la elevación de las piernas y quizás el encorvamiento del torso y los brazos, y el estiramiento del cuello hacia delante, la posición fetal que se observa en algunas personas que están en pausa.

La voz, si es que se tiene, puede ser débil. Los sentidos del gusto y el olfato pueden disminuir considerablemente o verse alterados. Los sentidos de la audición y la visión pueden *agudizarse* durante la pausa. El *tipo* de audición y visión es más analítico y se comporta más como en el modo simpático.

Por ejemplo, en el modo simpático o de pausa, una persona es *menos* capaz de ver imágenes fantasiosas en las nubes o en la corteza de un árbol. La capacidad de visualizar imágenes positivas o de imaginar formas y caras de forma lúdica mientras se contempla algo es una característica del modo *parasimpático*. La capacidad de tener este tipo de imaginación lúdica disminuye a medida que la persona pasa hacia un grado más alto del modo simpático o entra en pausa.

La percepción del *sonido* se ve alterada durante el modo simpático y la pausa. La audición se sintoniza con sonidos de posible peligro. Los sonidos de fondo se convierten en una fuente de agitación, en lugar de placer. Por ejemplo, si una persona sana se pierde mientras conduce y se preocupa, una de las *primeras* cosas que suele hacer es apagar la música o la radio del automóvil. A medida que el conductor pasa de parasimpático dominante a simpático dominante, los sonidos de la música o la radio pasan de ser agradables a distraer, incluso molestar.

En un grado alto de uso del modo parasimpático, el canto repentino de un pájaro puede provocar risa o, al menos, una sonrisa. Por el contrario, en un grado alto de uso del modo simpático o de pausa, el mismo canto repentino podría provocar una respuesta de sobresalto o una respiración agitada.

Como comentario al margen relacionado con el Parkinson, muchos de mis pacientes con EP me han dicho que solían disfrutar de la música, pero que ahora los distrae. "¿De qué te distrae?", les pregunto. Y la respuesta más común es: "De las cosas en las que tengo que pensar [o preocuparme]". Mejor dicho, ya no disfrutan de la música porque ya no pueden acceder al modo parasimpático, o casi nunca.

También se producen otros comportamientos específicos de la pausa, pero este es un buen comienzo, ya que les dará una imagen mental de una persona que está en pausa y les permitirá reconocer que *no* se trata de una variante del sistema nervioso simpático que libera adrenalina. *Tampoco* es la vacilación presimpática a la que denominamos "ciervo paralizado ante los faros". Un ciervo paralizado antes los faros está sorprendido. Aún no ha activado el impulso adecuado para ponerse a salvo, pero no está casi muerto. Una persona en pausa, que se encuentra preparándose para una posible muerte, pasa a la animación suspendida, no siente dolor y lo más probable es que se perciba a sí misma desde fuera de su cuerpo. Observarse a uno mismo como si se estuviera fuera del cuerpo se conoce en medicina occidental como disociación.

Disociación

Desafortunadamente, el término "disociación" ha sido adoptado por varios campos de investigación científica, en cada uno con un significado muy diferente. En el campo de la medicina, la disociación *biológica* hace referencia a percibirse a uno mismo desde fuera del cuerpo físico, un cambio de percepción que suele producirse durante la pausa. En el campo de la *psicología*, el término se refiere a una separación o compartimentación de algunos datos mentales de la consciencia normal. La disociación *psicológica* consiste en bloquear mentalmente la percepción de algún suceso o parte del cuerpo hasta el punto de no recordar nada o tener un recuerdo distorsionado. Este es el significado más común de la palabra disociación para el público general actual.

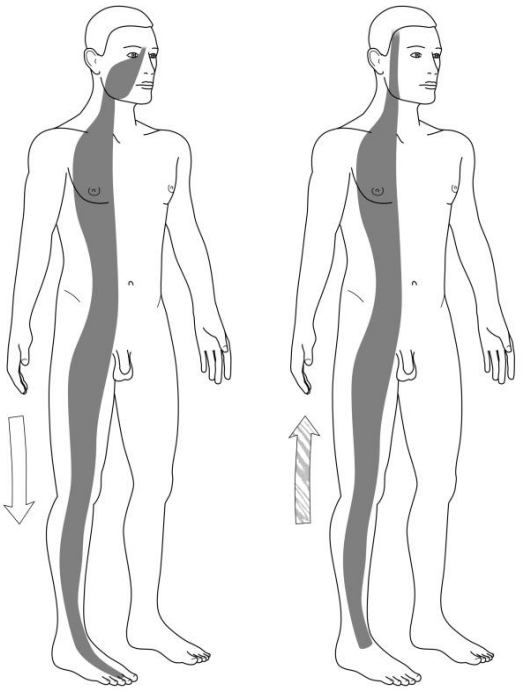
Cuando una persona está en pausa, puede experimentar disociación *biológica*. Es posible que *observe* a su propio cuerpo desde fuera de él, mientras que tiene un nivel disminuido, o incluso nulo, de las sensaciones físicas habituales de estar dentro de su propio cuerpo. Podría perder tanto la conciencia somática (*cómo* se siente el cuerpo por dentro) *como* la propiocepción (percepción de *dónde* están las partes del cuerpo si no puede verlas). Aunque la idea de que una persona se perciba a sí misma como si estuviera fuera de su cuerpo puede resultar difícil de creer para algunos lectores, *muchas* personas que han sufrido una conmoción cerebral o una lesión grave que ha puesto en peligro su vida, o que han sido anestesiadas durante una intervención quirúrgica, describen la extraña experiencia de un cambio en la autoconciencia, de modo que se *miran* a sí mismas desde fuera de su cuerpo en lugar de *sentirse* como si estuvieran dentro de él. La *piel* no siempre está entumecida. Puede que estén ausentes las sensaciones internas, *somáticas*, de autoconciencia. [48]

[48] En mis primeros escritos sobre este tema, decidí hacer referencia a algunos aspectos extraños de la personalidad parkinsoniana, aspectos que ahora sé que son característicos del modo de pausa, como la "disociación", porque muchos de mis pacientes con Parkinson tenían la percepción de estar fuera de sus cuerpos. Utilizar la palabra disociación fue una mala elección. Los múltiples significados de la palabra disociación generaron mucha confusión. Desde entonces, he cambiado el nombre de este modo a pausa, pero siguen dando vuelta algunas de esas primeras ediciones que hacen mención del "modo disociado" en páginas web que violan los derechos de autor, y así mantienen viva la confusión.

Escribo actualizaciones de manera constante. Por favor, no publiquen mis escritos que quedan rápidamente desactualizados en sus sitios web para tratar de ser útiles. En cambio, si desean compartir este material, proporcionen un enlace al sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson para que sus lectores siempre puedan acceder a la información más actualizada. Aunque

Cambios impulsados por la pausa en el Qi de los canales

Cambios en el esquema del canal del estómago



En el modo de pausa, el Qi del canal del estómago fluye en retroceso desde ST-42, en el pie, hasta la pierna, el torso o incluso la cabeza, dependiendo de la gravedad. Este flujo en retroceso del Qi del canal puede palparse con la mano.

Cuando sentimos que el Qi del canal del estómago de una persona está en pausa, podemos detectar una sensación de que fluye *hacia arriba* por la pierna, vibra rápidamente de un lado a otro o incluso parece desaparecer. Todos estos comportamientos se denominan "en retroceso".

Si el Qi del canal del estómago que fluye en retroceso llega hasta la mandíbula, se desvía de ST-6 en la mandíbula hasta ST-8, en la frente. Desde ST-8, puede fluir hacia el canal de la vesícula biliar en GB-14, que se encuentra al lado, en la frente, y desde allí unirse al flujo del Qi del canal de la vesícula biliar (consulten la fig. 13.6, p. 150).

Fig. 13.1 Flujo normal del canal del estómago/canal del estómago mientras se está en pausa

En un grado alto de pausa, el Qi del canal del estómago *no* fluye desde ST-42, en la parte superior de la parte media del pie, hasta la punta de los dedos de los pies (patrón parasimpático) *ni tampoco* desde ST-42 hasta SP-3 en el lateral del pie (patrón simpático).

En las personas sanas, cuando están despiertas, el Qi siempre se bifurca en dos direcciones en ST-42. Una parte del Qi se dirige a la punta de los dedos de los pies y otra a SP-3, una combinación de los esquemas parasimpático y simpático. La cantidad que fluye en cada dirección en un momento dado depende del estado de ánimo y los pensamientos de la persona en ese momento.

En pausa, además de fluir en retroceso desde ST-42 hacia el tobillo y hacia arriba por la pierna o más arriba, puede parecer que parte del Qi en esta zona vibra hacia delante y hacia atrás entre la parte superior del pie en ST-42 y el centro de la planta del pie en KI-1, o desde ST-42 hasta KI-3, en la parte interna del tobillo entre el hueso del tobillo y el tendón de Aquiles.

todos mis escritos relacionados con el Parkinson se ofrecen para su descarga gratuita en el sitio web PDrecovery.org, están protegidos por derechos de autor y legalmente no pueden copiarse, extraerse, compartirse o utilizarse de otro modo sin permiso. Gracias.

Por otra parte, el Qi del canal del estómago puede fluir en retroceso en respuesta a situaciones distintas de la pausa. *Todos* los canales fluyen en retroceso cuando este es el camino de menor resistencia. Un bloqueo grave en *cualquier* punto del recorrido de *cualquier* canal puede hacer que ese Qi de los canales fluya en retroceso o hacia los lados desde ese punto.

El camino de menor resistencia y una analogía con el agua

Tanto la electricidad como el agua fluyen siempre por el camino de menor resistencia. Si una parte del cuerpo no conductora, como el tejido cicatricial, inhibe el flujo de electrones subdérmicos, o si una represa bloquea el flujo de agua, los electrones o el agua retrocederán o se desviarán en otra dirección.

En la clínica, he visto cómo se pone en retroceso el patrón del canal del estómago debido a apendicectomías, cicatrices de cesáreas y lesiones en los pies de la infancia en las que los huesos aún estaban desplazados, por nombrar solo algunos ejemplos que *no* tienen relación con la pausa.

El canal Du

El canal Du sano comienza en el ano. El Qi del canal Du fluye por la espalda, directamente sobre la columna vertebral, justo debajo de la piel. En el cuello, fluye hacia la cabeza y atraviesa el mesencéfalo. Tras emerger por la frente, desciende hasta el labio superior. Luego, fluye hacia la boca, baja por el intestino y sale por el ano.

Desde el ano, fluye de nuevo hacia la espalda, y así mantiene un circuito continuo. El alto nivel de energía en el canal Du a medida que atraviesa el cuerpo estriado, el tálamo y el lóbulo frontal ayuda a impulsar el movimiento automático, la alegría, la agudeza mental y la consciencia.

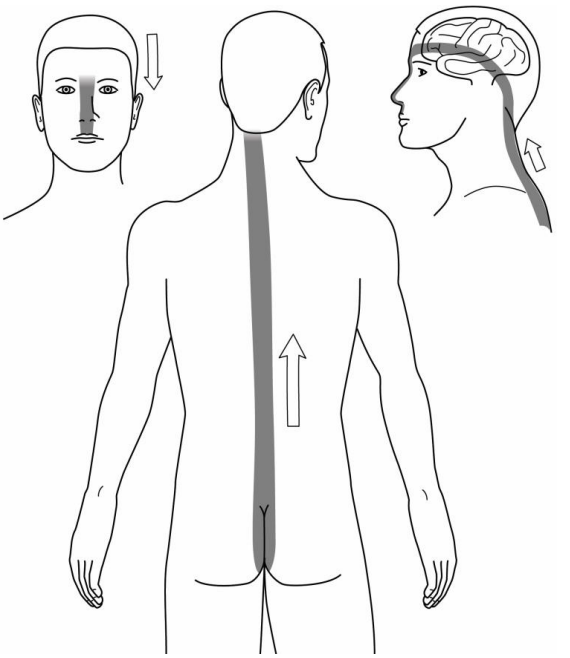


Fig. 13.2 El canal Du en modo parasimpático

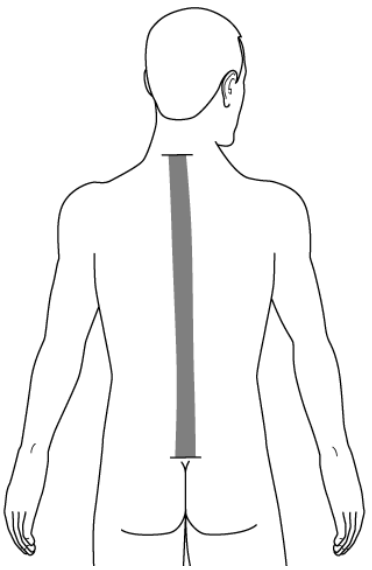
Durante el sueño, la cantidad de energía que fluye en el canal Du disminuye considerablemente. Un nivel reducido de corriente que fluye por el canal Du activa una derivación en la parte superior del cuello: la corriente con menor energía se desvía hacia un recorrido que pasa por encima de la *parte superior* de la cabeza, justo debajo del cuero cabelludo, en lugar de hacerlo por el centro de la cabeza y el lóbulo frontal. Esta derivación durante el sueño disminuye *enormemente* la actividad en las regiones del mesencéfalo y el lóbulo frontal. Esta disminución de la actividad permite la reducción de la consciencia que

acompaña al sueño, así como la inhibición de la liberación de dopamina en el cuerpo estriado, lo que inhibe la mayor parte de la función motora mientras se duerme.

El canal Du en pausa

Cuando se está en pausa, el Qi de la parte del canal Du que pasa por el torso se convierte en una onda estacionaria. Permanece entre el sacro y la base del cuello.

Durante la pausa, el canal Du *no* fluye de forma perceptible hacia arriba por el cuello hasta la cabeza en el patrón parasimpático *ni tampoco* sobre la parte superior de la cabeza en el patrón de sueño. Al detectar el Qi del canal Du de una persona en pausa, podría sentirse que el canal Du se detiene en la base del cuello o en algún punto más abajo en la columna vertebral, o desaparece por completo. También puede parecerle al observador que el Qi del canal Du hace pequeños movimientos hacia arriba y hacia abajo, en lugar de fluir de forma constante en dirección ascendente. Si se está en pausa, la *cantidad* de Qi en el canal Du, y, por lo tanto, en todo el cuerpo, puede verse muy reducida.



Esta es una burda generalización, pero las áreas del *mesencéfalo* (las partes del cerebro que se sitúan *entre* los hemisferios izquierdo y derecho) regulan las funciones cerebrales que son dominantes durante el modo parasimpático. Las áreas cerebrales bilaterales (lados izquierdo y derecho) regulan las funciones cerebrales que son impulsadas por el miedo y/o el ego (modos simpático y de pausa) o por el sueño. Cuando una persona se encuentra en un grado más alto del modo simpático o en modo de pausa, las corrientes que controlan los comportamientos impulsados por el miedo y por el ego llevan más corriente y el Du, menos.

El cerebro puede estar activo durante el sueño, pero no a lo largo del canal Du, excepto si se padecen ciertas patologías del sueño, como el sonambulismo (caminar dormido). Por ejemplo, la consolidación de los recuerdos, un proceso que se desarrolla en los laterales del cerebro, se produce durante el sueño, en áreas cerebrales que están reguladas por el canal de la vesícula biliar.

Fig. 13.3 El recorrido del canal Du mientras se está en pausa. Nota: No hay ninguna flecha de dirección.

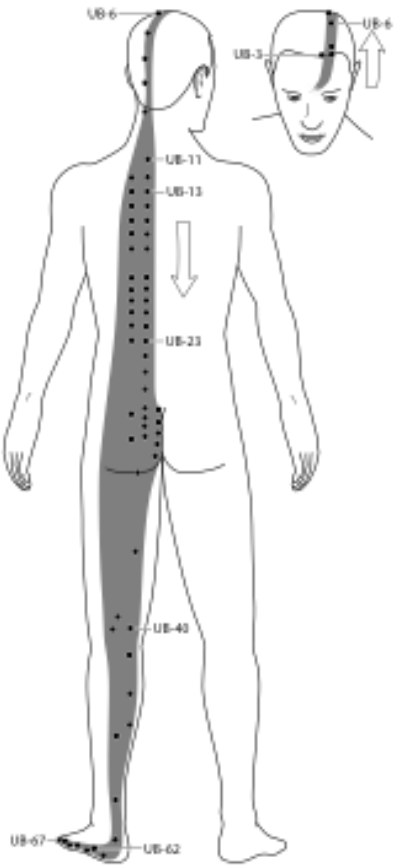
Cuando una persona se encuentra en un grado alto del modo parasimpático, se da cuenta de que está *consciente*. Está orientada principalmente a disfrutar de su sensación de resonancia con los demás, con la naturaleza o con la propia alegría. Su canal Du fluye con toda su fuerza a través de la línea media del cerebro, el área del cerebro que regula la liberación de dopamina para la imaginación lúdica y la función motora "automática" y sin esfuerzo. Una vez más, una gran cantidad de energía fluye por su canal Du cuando predomina el modo parasimpático o el modo simpático. La cantidad de energía se reduce cuando se utilizan los modos de sueño o pausa.

En el modo de pausa, cuando la mayor parte del Qi del canal Du se detiene en la base del cuello, las funciones cerebrales son impulsadas principalmente por los canales laterales de la cabeza, en especial, los canales de la vejiga urinaria (UB) y la vesícula biliar (GB). Estos canales laterales de la cabeza influyen en las actividades de las áreas cerebrales que regulan el habla, la evaluación de riesgos, el miedo, la ira y la función motora basada en *órdenes* (de emergencia), por nombrar solo algunas.

Cuando se está en pausa, se reduce la cantidad de energía que fluye por *todo* el canal Du. En la parte del canal Du que atraviesa la *cabeza*, se reduce aún *más*. Dependiendo del grado de miedo o trauma, puede reducirse moderadamente o casi dejar de fluir. Durante la pausa, cuando la parte del canal Du que pasa por el cerebro se encuentra muy inhibida, el nivel de energía presente en el mesencéfalo, donde se sitúan el cuerpo estriado y el tálamo, se inhibe en consecuencia. Por lo tanto, se inhibe la liberación de dopamina de estas áreas. En cambio, cuando una persona está en pausa, sus funciones cerebrales se orientan principalmente hacia la supervivencia (comportamientos de los laterales del cerebro).

El canal de la vejiga urinaria (UB) en pausa

En general, los canales UB van desde las cejas, suben por los laterales superiores de la cabeza (bien sobre la amígdala del cerebro), bajan por los *costados* del cuello, pasan a ambos *lados* de la columna vertebral (bien sobre las conexiones donde los nervios de la columna vertebral se unen con la columna vertebral) y llegan hasta los dedos más pequeños de los pies.



Durante la pausa, la misma obstrucción eléctrica que hace que el Qi del canal Du se detenga en la base del cuello puede hacer que el Qi del canal UB se detenga en el cuello. Cuando la corriente del canal UB se detiene en la nuca, puede convertirse en onda y desviarse hacia la base del cuello, justo por encima de UB-11. En pausa, el Qi del canal UB *suele* fluir desde el cuello hacia el aire, en lugar de permanecer bajo la piel y fluir hacia el torso. Después de una cantidad moderada de entrenamiento, uno puede detectar con facilidad las ondas de esta divergencia electromagnética.

Cuando el canal UB fluye fuera del cuerpo durante el modo de pausa, puede provocar dos cambios: 1) un *aumento* de la "velocidad" (diferencial de voltaje) del Qi del canal UB que fluye sobre la cabeza y sobre la amígdala (el centro del miedo y de la ira del cerebro). Esto puede amplificar el grado de cautela, ansiedad, miedo y/o ira que siente una persona. 2) Una *disminución* de la cantidad de Qi más allá de Du-11. Esto disminuye la cantidad de estimulación de los nervios de la columna vertebral. Por lo general, los nervios de la columna vertebral estimulan las respuestas del sistema nervioso *simpático* en todos los

órganos del torso y en los músculos del torso y de las piernas.

Fig. 13.4 El recorrido del canal UB en modo parasimpático

Durante una pausa, el bloqueo del canal UB en el cuello disminuye o impide la activación de los nervios de la columna vertebral. Esto disminuye o inhibe los impulsos del sistema nervioso simpático que van a los órganos del torso y a los músculos. Esto también reduce o inhibe las señales de dolor que se dirigen *desde* el torso y las extremidades *hacia* el cerebro.

Cuando el Qi del canal UB deja de fluir sobre las raíces de los nervios de la columna vertebral donde se unen con la columna vertebral, también se *activa* la liberación de endorfinas en estos lugares. Las endorfinas son neurotransmisores que inhiben la transmisión de señales de dolor. La ausencia de Qi del canal UB debajo del cuello impide la liberación de adrenalina de las glándulas suprarrenales, que se encuentran justo al lado de los riñones.

Esto significa que, cuando se está en pausa y los canales UB y el canal Du funcionan en un esquema de pausa, se inhibe la liberación de adrenalina de las glándulas suprarrenales *y* la liberación de dopamina del mesencéfalo. Esta combinación de inhibiciones de los neurotransmisores permite la inmovilidad extrema y la disminución de las funciones metabólicas, como el coma, que pueden manifestarse cuando una persona está en pausa. Aun así, si ocurre una emergencia en la que se requiere movimiento físico, *a pesar* de estar sufriendo el dolor de un traumatismo potencialmente mortal, el cerebro puede liberar norepinefrina. Esto permite un movimiento físico intenso, impulsado por órdenes, incluso cuando la liberación de adrenalina de las glándulas suprarrenales y de dopamina del mesencéfalo están inhibidas.

Como comentario al margen, las instrucciones del sistema nervioso *parasimpático* para los órganos están reguladas por el nervio vago, un nervio craneal bajo el control de la parte cerebral del canal Du, y que emerge de la base del cráneo, ligeramente a los lados izquierdo y derecho de los huesos del cuello. Al igual que los nervios de la columna vertebral, el nervio vago se inhibe mientras se está en el modo de pausa. Cuanto mayor sea el grado de pausa, mayor será el grado de inhibición.

Volviendo al tema anterior sobre el canal UB que fluye fuera del cuello hacia el espacio justo desde encima de UB-11 cuando se está en pausa, en lugar de permanecer debajo de la piel donde suele fluir, este fenómeno podría estar relacionado con la sensación de "estar fuera del cuerpo", que es una característica común del modo de pausa.

Esta también podría ser la razón por la que la antigua tradición china sostiene que el canal UB es el "canal más cercano al exterior", es decir, "el más propenso a fluir al aire". La mayoría de los otros canales están igualmente cerca de la superficie inferior de la piel en cuanto a la distancia física, pero el canal UB es el que tiene más probabilidades de *salir* del cuerpo mediante la conversión de sus corrientes en ondas electromagnéticas que fluyen hacia el *exterior* desde la piel. [49]

[49] La anestesia médica total pone a una persona en un grado alto de modo de pausa. *No duerme* a la persona, a pesar del eufemismo popular. El fenómeno de "observar la cirugía desde el techo" *no* es inusual durante las intervenciones quirúrgicas prolongadas, e incluso es algo común en

En la recuperación del Parkinson, este patrón de "escape" del canal UB suele corregirse de forma automática cuando se desactiva la pausa. Sin embargo, si el canal UB permanece atascado en este patrón debido a la inercia, es posible que la persona deba pasar unos 10 minutos visualizando el regreso de esta corriente de Qi del canal de la vejiga a su ubicación correcta (*debajo* de la piel y fluyendo hacia abajo por el torso). Esto ayudará a desactivar la respuesta crónicamente elevada de la amígdala, la cual aumenta las emociones negativas que, a su vez, pueden hacer que una persona con un hábito arraigado de inducir la pausa sienta la necesidad de volver al modo de pausa.

Hasta que este canal UB vuelva a estar *debajo* de la piel, puede ser muy difícil, si no imposible, que la persona realice la "sacudida" que recorre la columna vertebral en el paso 5 de desactivación de la pausa biológica. Es posible que la sacudida, el *escalofrío*, que experimentan las personas sanas al salir de la pausa sea una respuesta física al retorno del Qi del canal UB al cuerpo, que reanuda su flujo a lo largo de ambos lados de la columna vertebral y activa de nuevo los nervios de la columna vertebral. Así es cómo se *siente*.

En muchos casos, si una persona *no* se atreve a dejar que un escalofrío o una sacudida le recorra la columna vertebral después de realizar los cuatro primeros pasos para desactivar la pausa biológica, puede deberse a que el canal UB sigue fluyendo hacia el espacio. Si el canal UB no regresa automáticamente al interior del cuello incluso después de *casi* haber desactivado la pausa, una simple visualización del canal fluyendo de manera correcta puede, por lo general, volver a entrenar a este canal para que regrese a su recorrido, siempre que no haya ninguna lesión sin curar en el cuello o en las vértebras de la columna. Por otro lado, si una persona siente una fuerte reticencia o *no puede* forzarse mecánicamente a sacudir los hombros o la columna vertebral, es posible que aún haya una lesión sin tratar en la cabeza o la columna vertebral *o* que la mentalidad de pausa todavía no se haya desactivado. Tanto si la pausa se mantiene de forma física debido a una lesión como si se mantiene en la mente debido a una orden que uno se dio a sí mismo, existe una regla biológica estricta que prohíbe hacer movimientos circulares con el cuello y la cabeza y sacudir la columna vertebral mientras la pausa sigue activa.

Esta prohibición biológica es una regla que salva vidas. *No* conviene mover el cuello o la columna de forma imprudente mientras se está en el modo de pausa. Este escalofrío a lo largo de la columna vertebral puede volver a activar el sistema nervioso simpático y hacer que se muevan, lo que *no* deben hacer si tienen una lesión potencialmente mortal en el cuello o la columna vertebral *o* si hay un depredador cerca que los mira fijo en busca de señales de vida.

---

las operaciones cardíacas. Aunque la medicina *occidental* no tiene ninguna explicación para la disociación biológica normal característica de la pausa, se trata simplemente de volver a centrar las ondas de origen, el Yuan Qi, a un lugar fuera del cuerpo.

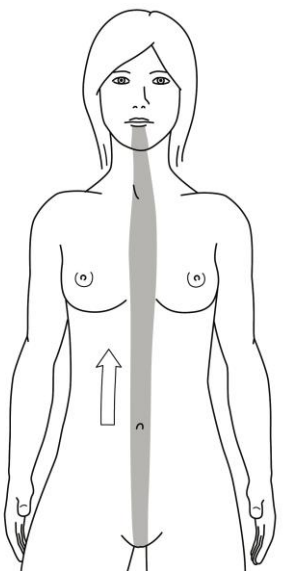
En general, las ondas electromagnéticas creadas por esta energía, un tipo de onda de luz asociada en las antiguas escrituras asiáticas con la parte inmortal del alma, se centran en el pericardio, el tejido conductor que rodea al corazón, pero en realidad pueden centrarse en cualquier lugar. Este aspecto de la energía total de una persona abandona el cuerpo después de la muerte. Durante la pausa, estas ondas pueden trasladarse al exterior del cuerpo, pero, por lo general, permanecen cerca. La asociación de ondas de energía con el antiguo concepto chino de "alma" es una de las razones por las que el gobierno chino *ateo* ha prohibido el estudio médico del Qi de los canales. Otra razón por la que los canales son ilegales en China es que los médicos occidentales se han burlado durante mucho tiempo de la existencia de los canales, lo que hace quedar mal a los médicos chinos.

Como comentario al margen, si una persona experimenta con frecuencia el escalofrío del canal UB en la columna vertebral al orinar, esto significa que no hay ningún bloqueo *físico* en el cuello o la columna vertebral ni tampoco ninguna lesión sin curar en estas áreas. Significa que la persona *puede* experimentar físicamente la sacudida espinal. En estos casos, lo más probable es que un bloqueo en la base del cuello tenga un origen mental, como una pausa autoinducida, y no un origen físico. Los bloqueos físicos, como el tejido cicatricial y los desplazamientos de tejidos, *no* aparecen y desaparecen en respuesta a la micción. Sin embargo, *sí* ocurre en el caso contrario. El hecho de que a una persona le cueste lograr que su canal UB deje de fluir hacia el aire y, en su lugar, fluya hacia el torso *no* siempre significa que tenga una lesión sin curar en el cuello. Podría tener una mentalidad de tipo pausa que no se ha desactivado.

El canal Ren en pausa

Cuando una persona está tranquila y contenta, el Qi del canal Ren fluye desde el ano hasta la parte delantera del torso, sube por la línea media del torso y llega hasta el labio inferior. Desde el labio inferior, el Qi del canal Ren fluye hacia la boca, baja por el intestino y sale por el ano. En el ano, vuelve a subir por la parte delantera del torso.

Tanto el canal Du como el Ren comienzan en el ano, suben por la parte trasera y delantera del cuerpo, respectivamente, fluyen hacia la boca, bajan por el intestino y salen por el ano. Estas enormes y potentes corrientes están presentes en la superficie exterior del embrión cuando está en fase de "blástula", momento en que las células forman un bloque en forma de bola con un tubo hueco en el centro. Las partes *internas* de los canales Du y Ren, las corrientes que fluyen por el tubo de la blástula, preparan el camino para el tubo digestivo. Los canales embrionarios Du y Ren fluyen incluso antes de que los doce canales principales empiecen a tomar forma. El canal Du también proporciona la energía para el área que se convertirá en el cerebro del embrión.



Los canales Du y Ren proporcionan la energía para todos los demás canales, así como gran parte de la energía que mueve el sistema digestivo. Estos dos canales son los más fuertes (mayor amperaje) del cuerpo.

La palabra "Du" significa gobernador, y hace referencia a la relación de subordinación que el cerebro y el modo simpático deben tener con el corazón/pericardio y el modo parasimpático. El corazón/pericardio se considera el "Rey" del cuerpo. El Rey es el alma, que se da a conocer a través del corazón, y se manifiesta en el corazón y en la resonancia del corazón con el *mesencéfalo*. El "Gobernador" (el cerebro) se considera, en el mejor de los casos, un sirviente del corazón. En el peor de los casos, el cerebro intenta constantemente usurpar el poder del corazón. El intelecto de los lados del cerebro que se basa en el ego, a menos que esté bien regulado, siempre está intentando derrocar al Rey (el alma).

Fig. 13.5 El canal Ren en modo parasimpático

"Ren" significa persona, pueblo y/o humanidad. El canal Ren proporciona un Qi de respaldo para cualquier órgano o canal que necesite un impulso. Por ejemplo, durante el modo simpático, una cierta cantidad de Qi del canal Ren cerca del pecho se desvía hacia el interior del corazón para ayudar a aumentar el ritmo cardíaco cuando es necesario.

Durante la pausa, cuando la sangre se desvía hacia el interior para evitar una mayor pérdida de sangre del perímetro que posiblemente está lesionado, el Qi del canal Ren también se desvía hacia el interior del cuerpo, hacia la columna vertebral, y ya no se puede detectar con la mano. El lugar desde el que se sumerge en las profundidades puede variar desde justo debajo del hueso púbico hasta la parte inferior del esternón. El esternón es el hueso del "pecho" que se conecta con los extremos frontales de las costillas superiores. En pausa, el Qi del canal Ren rara vez llega hasta la mitad del esternón.

Durante la pausa, la *cantidad* de Qi de los canales Du y Ren disminuye de manera considerable. Cuando una persona está en pausa, su apetito y la función del tubo digestivo pueden disminuir o incluso inhibirse gravemente. Si la pausa dura bastante tiempo o se hace crónica, el estreñimiento puede volverse un problema. En la pausa, a veces, en ausencia de una energía aceptable que fluya hacia abajo a través del tubo digestivo y en combinación con el flujo *en retroceso* del Qi del canal del estómago, el tubo digestivo puede incluso moverse en retroceso de vez en cuando, lo que causa un bajo nivel de náuseas crónica o incluso una propensión a vomitar. Durante la anestesia quirúrgica o tras una conmoción cerebral, predominan los patrones del Qi de los canales en modo de pausa. Por este motivo, durante la anestesia o después de una conmoción cerebral, la posibilidad de vomitar mientras se está inconsciente o dormido es siempre una gran preocupación.

Los otros canales

Las alteraciones en los canales del estómago, Du, Ren y UB cuando se está en pausa *pueden* provocar más cambios en el flujo del Qi en otros canales. Las posibilidades incluyen el retroceso o la inhibición del flujo en el canal del intestino grueso y/o el desvío, la disminución de la potencia u otras alteraciones de los comportamientos de los canales del corazón, el pericardio, la vesícula biliar, el hígado y triple quemador.

Qi confuso

En las traducciones de la medicina china clásica a otros idiomas, los cambios en el Qi de los canales relacionados con la pausa, por lo general, se denominan "Qi [de los canales] confuso". No hay *nada* "confuso" en estos cambios. El axioma que se nos enseña, "El terror confunde el Qi", es una referencia mal traducida a los cambios *lógicos* e incluso *capaces de salvar la vida* del Qi de los canales que se producen durante la pausa. La pausa *no* desencadena un flujo incorrecto o *aleatorio* del Qi de los canales, como denota la palabra confuso. Los cambios de la pausa son respuestas *sanas* y *correctas* a un daño grave que pone en peligro inminente la vida. La pausa puede ser un mecanismo que salva vidas. Sin embargo, si el Qi de los canales permanece *atascado* en algún circuito eléctrico relacionado con la pausa después de que la crisis haya terminado, tarde o temprano podría provocar problemas de salud graves.

El placer de la calma interna no es lo mismo que la pausa

Muchas personas me han preguntado si el modo de pausa es lo mismo que la calma profunda y el placer de la meditación. No. La calma y el placer que se logran con la práctica

periódica de la meditación de enfoque en un solo punto, durante la cual la respiración y la función cardíaca pueden volverse más lentas o incluso disminuir considerablemente, *no* constituyen una pausa. Todo lo contrario. Este tipo de placer es una manifestación de un grado muy elevado de modo parasimpático, un estado que se aproxima a la resonancia con el amor universal, lo que el evangelio chino de *Nei Jing* llama "en sintonía con lo Divino".

Dejar que el cuerpo se afloje y quede inmóvil con amor durante la concentración intensa en algún aspecto del amor o de lo Divino, mientras se practica meditación de enfoque en un solo punto, permite que mucho más Qi de los canales retroceda desde la piel y los músculos hacia la columna vertebral y desde allí a lugares específicos como el pericardio, el punto entre las cejas, el mesencéfalo o los chakras espinales internos (lugares *dentro* de la columna vertebral donde la energía de las ondas de luz y la energía electromagnética se convierten de un lado para otro en los "paneles solares" de la columna vertebral). En la meditación profunda, en respuesta a la disminución de energía en los canales principales y los lados del cerebro, los movimientos *fisiológicos* y las funciones sensoriales, como la audición y la percepción de las sensaciones somáticas, pueden disminuir o incluso detenerse. Entonces, en la quietud física y la concentración mental de la meditación profunda, uno descubre que es más fácil percibir la superconsciencia, la consciencia de la sintonía del corazón con la alegría (aumento del amperaje pericárdico) y la presencia de energía tenue basada en la luz en todo el cuerpo.

La ruta del canal Du a través del cerebro

Según los textos chinos, en las personas con poca concentración mental, la energía de la parte del canal Du que pasa por el cerebro "serpentea" por los lados izquierdo y derecho del cerebro. El pensamiento altamente enfocado y/o la meditación de enfoque en un solo punto hacen que el canal Du fluya en una línea mucho más recta por el centro de la cabeza.

En ciertos tipos de meditación de enfoque en un solo punto, una persona puede aprender a enderezar en gran medida su canal Du, es decir, mantener la energía del canal Du en una línea delgada justo en el centro de la columna vertebral y a través del centro del cerebro, en lugar de tener la energía del canal Du en un zigzagueo constante y distraído hacia la izquierda y la derecha, en especial en el sacro y la cabeza.

Si el canal Du fluye por un camino recto y estrecho que asciende por la espalda y atraviesa el mesencéfalo hasta llegar a la frente, en la ubicación del "tercer ojo", a veces llamado ojo único, esta corriente firme sube en línea recta por la columna vertebral y se curva suavemente a medida que atraviesa el cerebro. Tiene la forma del cayado de un pastor.[50] Cuando esta corriente está muy centrada y no se desvía de forma aleatoria a la izquierda o la derecha como ocurre en la mayoría de las personas que no han aprendido a enfocarla, puede funcionar como una antena. A través de esta "antena" estrecha y recta del Qi de los canales, uno puede sintonizar literalmente las diversas frecuencias, las ondas de energía, que llevan la alegría de la propia alma, así como las frecuencias de la alegría

[50] Salmo 23:4. "Tu vara y tu cayado me infundirán aliento".

cósmica. Como se cita a Jesús en los evangelios: "estrecha es la puerta y angosto el camino".[51]

Así se destruye el delirio de ser *definido* por el cuerpo, un delirio sostenido por las actividades de los lados derecho e izquierdo del cerebro. Entonces es posible sintonizar, como por radio, con el alma y/o las frecuencias (varias velocidades de onda) del amor universal a través de esta antena del canal Du. Esto es *muy* diferente, casi lo opuesto, del sentido de sí mismo *identificado con el ego*, que se *suele* percibir a sí mismo como definido principalmente por el cuerpo físico y se imagina a sí mismo como *separado* de todo lo demás en el universo. En un grado alto de modo parasimpático, una persona se da cuenta de que su naturaleza real es energía vibratoria, que está conectada a ondas infinitas de vibraciones de afecto portadoras de consciencia en todo el universo. La persona se da cuenta de que no es, principalmente, un cuerpo físico en constante cambio. En este estado de alegría, la actividad neuronal de los *lados* del cerebro que genera distracción se calma.

Por el contrario, durante la pausa, una persona puede sentir que su consciencia ha sido expulsada de su cuerpo físico y que está fuera de él, no solo está apartada de todo lo demás, sino que también se tambalea al borde de la temida y permanente aniquilación. Mientras se está en el modo de pausa, es *extremadamente* difícil percibir las variaciones y amplificaciones de las ondas electromagnéticas en el pericardio, a veces denominadas "sensaciones del corazón", que se asocian a la alegría. En la pausa, la percepción de las sensaciones del corazón está *muy* inhibida. Predominan el miedo y la ansiedad, lo *opuesto* a la alegría. Cuando una persona o un animal están en pausa, luchan por mantenerse con vida para poder volver a su cuerpo preciado y único. Si están conscientes, las estructuras *laterales* del cerebro y, en especial, el área de evaluación del riesgo, *no* la línea media, están *extremadamente* activas. La evaluación del riesgo de la situación se eleva hasta que el nivel de riesgo disminuye, se alcanza la estabilidad física y se desactiva la pausa, o la persona o el animal muere.

Las investigaciones que utilizan gammagrafías cerebrales de meditadores muy experimentados, incluidos algunos monjes hindúes y budistas, muestran que durante la meditación tienen una actividad cerebral limitada y muy concentrada en la *línea media*. Una persona en esta condición parasimpática casi pura puede conocer su cuerpo como una residencia temporal en la cual y desde la cual puede experimentar con afecto varios eventos sensoriales sin tener apego basado en el ego a sus observaciones.

Por el contrario, una persona en pausa, con su canal Du detenido en la base del cuello, tiene una cantidad muy reducida de corriente fluyendo a través de la línea media del cerebro y una capacidad muy reducida de resonar con la alegría. En cambio, tendrá un aumento del flujo de energía por los lados del cerebro. Podría tener un nivel elevado de deseo impulsado por el ego de proteger y preservar su preciado cuerpo. (La palabra "ego"

[51] Mateo 7:14. Otra cita bíblica relacionada afirma: "si tu ojo es bueno [toda la atención se centra en el tercer ojo y la corriente Du fluye por el "camino del medio", ni a la izquierda ni a la derecha], todo tu cuerpo estará lleno de luz", es decir, tu consciencia estará sintonizada con las frecuencias elevadoras de tipos específicos de ondas de luz. Estas ondas están justo detrás de la ilusión del cuerpo sólido. La ilusión del cuerpo se crea a través de ríos y glaciares de electrones y protones, las ondas de luz condensadas. Cuando el canal Du fluye en la línea más recta posible a través de la columna vertebral y la cabeza, la consciencia puede resonar con las fuerzas creativas que se encuentran *detrás* de la ilusión de la materia sólida.

se usa aquí para expresar el "sentido de identidad que se imagina a sí mismo separado del resto del universo").

El ratón casi muerto

Muchos de nosotros hemos visto alguna vez a un animal en modo de pausa. Un ejemplo muy común de pausa se produce cuando un gato atrapa un ratón. Cuando las garras del gato penetran en el ratón (perforación excesiva de la piel), el ratón entra de inmediato en pausa. El ratón se pone rígido. Su cuerpo puede adoptar una posición fetal. La piel se enfría. La respiración es mínima y casi silenciosa. Puede parecer muerto.

Si el gato caza solo para divertirse y no para saciar el hambre, podría golpear varias veces al ratón rígido en busca de una respuesta. Si el ratón permanece frío y rígido, el gato pronto perderá el interés y se marchará en busca de una actividad más entretenida.

Al cabo de unos minutos, cuando el ratón ya no sangra por las lastimaduras que le ocasionaron las garras, de modo que la presión sanguínea se ha estabilizado, el sacro y el cerebro del ratón empezarán a producir una pequeña señal eléctrica de "arranque" que provoca una sensación de temblor interno. Este temblor, a su vez, estimula el área de evaluación de riesgos del cerebro del ratón para que cambie a una marcha más alta.

Cuando el ratón ya no vea, oiga, huela o sienta al gato, y el área de evaluación de riesgos determine que las inmediaciones son seguras, respirará hondo, moverá un poco la cabeza para activar el nervio vago de la base del cráneo, dejará que un escalofrío visible le recorra la columna vertebral para activar los nervios de la columna vertebral y saldrá corriendo hacia un lugar seguro. Muchas personas han visto este comportamiento de "ratón muerto". A veces, la gente imagina que el ratón simplemente "*se hace* el muerto", al igual que las zarigüeyas. [52]

El ratón no se "hacía el muerto". Los ratones no tienen la capacidad intelectual ni el autocontrol para *fingir* que están muertos. El ratón entró en un estado involuntario de pausa provocado por la perforación en su piel que ocasionaron las garras o los dientes del gato. Este colapso hacia la inmovilidad inerte de un grado alto de pausa deja al ratón frío y rígido, como si estuviera muerto, y esto puede salvarle la vida.

Desde luego, este tipo de modo de pausa *completa*, un estado en el que una persona o animal está frío e inmóvil, no se ve normalmente en una clínica de acupuntura. Sin embargo, podrían llegar a sus consultorios pacientes con un grado modificado de pausa o una situación en la que alguna *parte* del Qi de los canales se haya atascado en el circuito de pausa. El uso a largo plazo de incluso una parte de los circuitos de pausa del Qi de los canales puede causar problemas de salud graves, como los síndromes crónicos en los que

[52] La respuesta de pausa de una zarigüeya norteamericana al asustarse no es un truco. Las zarigüeyas tienen una respuesta de pausa sensible e *involuntaria* en todo el cuerpo cuando se asustan. No es una decisión, sino que están programadas para entrar en pausa en respuesta a casi cualquier sobresalto.

"Los pingüinos", el largometraje sobre la naturaleza que lanzó Disney de 2019, contiene imágenes en las que un pingüino de Adelia entra en pausa tras ser atacado por una foca. El pingüino sobrevive porque la foca pierde interés en el ave aparentemente sin vida. De nuevo, esto es muy diferente del fenómeno del "ciervo paralizado ante los faros", que es una fase de evaluación *previa* a la acción de la respuesta del modo simpático. Al igual que en el modo de pausa, se trata de una fase neurológica en la que una persona *puede* quedarse atascada.

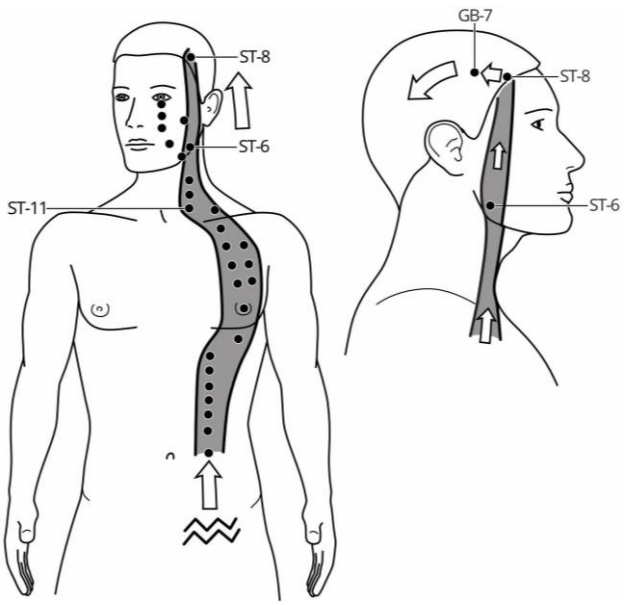
"no se puede determinar la causa" o síndromes y problemas de salud "incurables". La palabra incurable en estos casos significa que los médicos no saben cómo solucionar el problema. En realidad, el síndrome podría curarse si se administra un tratamiento que restablezca el flujo correcto del Qi de los canales.

De regreso a los cambios en el canal del estómago durante la pausa

Quizás el cambio más importante del canal del estómago durante la pausa es la derivación al ST-8 en la frente. Como se mencionó antes, cuando el Qi del canal del estómago fluye en retroceso, esta derivación impide que *retroceda* hasta Yin Tang (el punto entre las cejas) y luego hasta el mesencéfalo, un recorrido que podría ocasionar el coma y la irregularidad autónoma.

El ST-8 *no* está en el recorrido principal del canal del estómago. El Qi del canal del estómago solo pasa por el ST-8 cuando el canal del estómago fluye *en retroceso* hasta la mandíbula.

Si vuelve hasta el ST-6, en la parte posterior de la mandíbula, se desvía hasta el ST-8 en la frente. Allí, se acumula, lo que causa dolor de cabeza, o hace cortocircuito en el canal GB cercano. Si el flujo en retroceso es leve, el Qi puede acumularse en el ST-6 o el ST-8. Puede aparecer dolor de muelas o mandibular en el ST-6 o dolor de cabeza opresivo en el ST-8, que es provocado por la acumulación localizada de Qi. Si se acumula *suficiente* Qi en el ST-8, podría salir del ST-8 y provocar un cortocircuito en el canal GB cercano, lo que causaría un aumento del amperaje del Qi del canal GB.



En este diagrama, el Qi del canal del estómago fluye en retroceso debido a un bloqueo representado por líneas en zigzag en la parte inferior del torso. El lugar de este bloqueo se eligió al azar. El bloqueo también podría haberse dibujado en la parte del canal del estómago que pasa por el cuello o en la que pasa por los pies.

Aunque no se muestra el canal GB, una flecha grande en el costado de la cabeza muestra la dirección del flujo en la parte del Qi del canal GB que pasa por la cabeza. La incorporación del Qi del canal del estómago (flecha corta) al Qi que ya fluye por el canal GB aumenta la cantidad total de Qi en el recorrido del canal de la vesícula biliar.

Fig. 13.6 ST-6 a ST-8, la derivación de seguridad en la mandíbula del Qi del canal del estómago que fluye en retroceso

Este dibujo es solo un recordatorio de la parte de los recorridos *parasimpático* y *simpático* del canal del estómago que pasa por la cabeza. En estos dos modos, el Qi del canal del estómago fluye desde la frente, pasa por las mejillas, baja por el cuello y pasa por el torso hasta llegar a los pies.

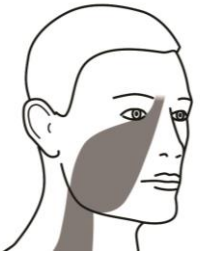


Fig. 13.7 Canal del estómago en modo parasimpático

Como comentario al margen, el modo de sueño suele activarse por un aumento circadiano nocturno de la energía en el canal GB. Cuando una oleada nocturna de aumento de la corriente atraviesa la parte del canal GB que pasa por la cabeza, que va desde la parte delantera de la cabeza hasta la parte posterior, hay una *disminución* equivalente de la cantidad de Qi que fluye en la dirección opuesta, desde la parte posterior de la cabeza hasta la parte delantera (la dirección del canal Du).

Una vez más, un *aumento* en el amperaje en la parte del canal GB que pasa por la cabeza causará una *disminución* en el amperaje en la parte del canal Du que pasa por la cabeza, incluso en el flujo de energía al cuerpo estriado, el tálamo y el centro del lóbulo frontal, los lugares principales del cerebro que mantienen la consciencia alerta y la voluntad. Esta disminución en la consciencia permite que una persona se duerma.

(Para obtener más información sobre el esquema eléctrico del modo de sueño, lean el capítulo 13 de *Tracking the Dragon*).

Cuando, debido al flujo en retroceso, el Qi del canal del estómago sobrecarga el canal GB desde el ST-8, la persona, si está despierta, puede sentir como si el interior de su cabeza estuviera girando, o como si hubiera experimentado una alteración temporal de la consciencia o incluso una pérdida momentánea de la consciencia.

Si el flujo en retroceso se vuelve *crónico*, podría desarrollarse una nueva vía hacia el canal GB que permanecería *abierta constantemente*. Si esta situación se vuelve crónica, puede hacer que se produzca un aumento permanente de energía en el canal de la vesícula biliar. Esto, a su vez, puede facilitar que una persona se quede dormida rápido, cada vez que se sienta lo bastante segura para hacerlo.

Una vez más, durante la pausa, el flujo en retroceso que se acumula en el ST-8 podría fluir hacia el canal GB cercano, lo que *aumentaría* así la potencia en el canal GB. A medida que *aumenta* la potencia en el canal GB, *disminuye* la del canal Du. Si la potencia de Du disminuye lo suficiente, puede sobrevenir el sueño o incluso el coma: la persona o el animal pueden desmayarse y permanecer desmayados hasta que el cuerpo se estabilice y la pausa se desactive.

Es fácil que el Qi del canal del estómago fluya en retroceso hacia el canal GB porque este último es muy ancho en la frente y ofrece poca resistencia.

A veces, la cantidad de Qi del canal del estómago que fluye en retroceso hacia el canal GB es tan poca que la persona traumatizada puede sentirse mareada o entrar y salir del estado de alerta. La norepinefrina, liberada en situaciones de emergencia, puede anular este mareo de forma temporal. Si/Cuando pasa la situación de emergencia, una persona con

un patrón de pausa en el cerebro puede ser capaz de dormirse *muy* fácilmente debido al nivel excesivo de Qi en el canal GB.

Tan pronto como el modo de pausa se desactiva *o* el bloqueo del canal del estómago se cura y luego se abre, *por lo general*, se reanudará el flujo del Qi del canal del estómago en la dirección correcta de forma automática. Cualquier acumulación previa de carga en el ST-8 se dispersará y fluirá de nuevo hacia abajo hasta el ST-6, y, luego, bajará por el torso y la pierna hasta el pie.

Como mencioné antes, casi cualquier bloqueo significativo a lo largo del canal del estómago podría, con el tiempo, hacer que el canal del estómago fluya en retroceso. Aunque la mayoría de mis pacientes con Parkinson tipo II han tenido un retroceso en el flujo del Qi del canal del estómago debido a una lesión en el *pie* o en el *tobillo*, otros daños a lo largo del canal del estómago también pueden poner en marcha los patrones de pausa en el canal.

Por ejemplo, algunos de mis pacientes han tenido un bloqueo o un retroceso en el flujo del Qi del canal del estómago debido a la cicatriz de una apendicectomía. Otros debido a un corte de lado a lado de una cesárea.[53]

---

[53] "Having your appendix removed trebles the risk of getting Parkinson's disease, suggests largest study" (Un estudio de gran envergadura sugiere que la extirpación del apéndice triplica el riesgo de contraer enfermedad de Parkinson); *The Telegraph News/Science*; Bodkin, Henry, corresponsal de ciencia; 9 de mayo de 2019.

Este estudio dirigido por el Dr. Mohammed Sheriff, médico de la Universidad Case Western Reserve y el Centro Médico de Cleveland de los Hospitales Universitarios, buscaba lograr una mejor comprensión de la relación entre las proteínas intestinales y la enfermedad de Parkinson.

Descubrieron que, con el tiempo (más de 6 meses después), de 488 190 personas que se sometieron a apendicectomías, el 0,92 % desarrollaron enfermedad de Parkinson. De los 61,7 millones de pacientes *que no se sometieron* a una apendicectomía, solo el 0,29 % desarrolló enfermedad de Parkinson.

Aunque se plantea que esto podría significar que el origen del Parkinson es intestinal, yo propondría que el modo de pausa causa inhibición intestinal, lo que altera el microbioma intestinal *y ralentiza* el peristaltismo intestinal, una de las principales causas de la apendicitis. El modo de pausa previo al Parkinson podría hacer que una persona sea más propensa a tener apendicitis. En esta parte de la investigación, los médicos podrían estar confundiendo causa y efecto, el modo previo al Parkinson podría derivar en la apendicitis. Luego, la cicatrización quirúrgica de la apendicectomía a través del canal del estómago se suma a los otros bloqueos en el cuerpo de la persona. Esto acelera la intensidad del flujo en retroceso del canal del estómago debido al bloqueo en el lugar de la cicatriz de la apendicectomía, además de cualquier otra cosa que estuviera causando los comportamientos del modo de pausa previos al Parkinson.

Por el contrario, un caso de apendicitis *no* relacionado con ninguna ralentización intestinal previa al Parkinson podría predisponer a una persona a desarrollar EP tipo II *debido* a la cicatriz quirúrgica que bloquea el canal del estómago.

El tejido cicatricial, al igual que el caucho, no es conductor. Presenta un alto nivel de resistencia a las corrientes eléctricas de la fascia. Las cicatrices profundas, como las que genera una cirugía abdominal, incluida la cicatrización interna de una laparoscopia, que al cuerpo le cuesta *mucho* más curar que las incisiones quirúrgicas limpias, en especial esas cicatrices *realmente* dañinas y difíciles de curar dentro del área del ombligo, casi siempre provocan un bloqueo casi completo del flujo del Qi en las cercanías de la cicatriz.

Además, hay una fuerte relación entre el microbioma intestinal y la mente. Las ondas de pensamiento son el factor más importante para determinar qué tipos de microbios intestinales se están desarrollando en un momento determinado. Estar en pausa afecta al microbioma.

Desactivación de la pausa biológica

Desactivar la pausa *biológica* requiere pasar por un conjunto muy específico de sentimientos y movimientos. No se trata de procesos de pensamiento *actitudinales*, sino de sensaciones y observaciones sensoriales muy específicas que *parten* de la resonancia que se produce cuando cesa el traumatismo fisiológico y se estabilizan los sistemas vitales cruciales del cuerpo, como la regulación de la presión sanguínea y el ritmo cardíaco. Esta reanudación de la resonancia interna permite que se ponga en marcha una sutil agitación eléctrica "*casi* de vuelta a la vida" en el sacro y el tálamo. Esta pequeña agitación del "motor de arranque" es una *llamada* a la evaluación. Si es lo bastante grande, esta agitación eléctrica interna también puede provocar temblores o sacudidas *físicamente evidentes* en el cuerpo. Este tipo de temblor puede activarse de forma temporal cuando una persona sale de la pausa *o* se despierta de la anestesia.

Como comentario al margen sobre el modo de pausa, la enfermedad de Parkinson y el tálamo, los investigadores han reconocido hace tiempo que, en las personas que presentan temblores relacionados con el Parkinson, el tálamo emite "estática" al ritmo del temblor. Durante las décadas de 1980 y 1990, muchas personas con EP quedaron terriblemente paralizadas luego de que los cirujanos les extirparan partes del tálamo con la esperanza de que esto detuviera sus temblores. Por supuesto, no funcionó, y, en general, los pacientes estaban mucho peor tras la extirpación de una parte crucial del cerebro, que ayuda a mantener la consciencia y la consciencia somática.

Uno de mis pacientes se había sometido a una talamotomía. Él y su esposa nunca superaron su amargura por el modo en que este procedimiento redujo drástica e inmediatamente su calidad de vida; pasó de ser una persona que podía desplazarse por sí misma, aunque tenía temblores, a una persona que estaba postrada de forma permanente en una silla de ruedas, apenas podía hablar y ni siquiera era capaz de cuidar de sí misma. Vivió otros 20 años en estas condiciones. Su temblor jamás aminoró.[54]

Sentirse estabilizado desde el punto de vista biológico es un reflejo del entorno fisiológico *interno* de la persona. El paso siguiente para salir de la pausa es la evaluación del entorno *externo*. La evaluación sensorial mediante los ojos, los oídos, el olfato y/o el

---

Al mismo tiempo, las señales electromagnéticas que genera el microbioma pueden afectar los pensamientos de una persona. Por ejemplo, si un "microbio" patógeno entra en el microbioma, o si el microbioma sufre un gran desequilibrio, las señales del microbioma pueden desbordar la capacidad de la mente para tener pensamientos autodeterminados. Los investigadores reconocen que el microbioma de las personas con Parkinson tiene una composición diferente a la de la mayoría de las personas que *no* tienen Parkinson. Cuando el cerebro utiliza el modo de pausa, la digestión se inhibe considerablemente. En consecuencia, las señales que envía el cerebro al microbioma suprimen en cierta medida o incluso inhiben la biota que participa en una digestión saludable. De ahí la alteración del microbioma en las personas con EP.

[54] En 2020, se ha promovido la eficacia de un procedimiento muy modificado que altera el tálamo y utiliza ondas de ultrasonido para destruir de forma selectiva un pequeño número de células del tálamo en un área del tamaño de una semilla de sésamo, para el temblor hereditario, pero *no* para el temblor del Parkinson. Aún no he encontrado ningún dato sobre los riesgos y/o efectos secundarios de este procedimiento. En el momento en que escribí esto, que yo sepa, este procedimiento *no* se ha utilizado con éxito para el temblor del Parkinson. Es evidente que causa daños cerebrales permanentes.

tacto, *o* la caricia o las suaves palabras tranquilizadoras de un animal o de una persona que ofrece su ayuda pueden confirmar que el peligro inmediato y el riesgo de muerte inminente ya han pasado.

Tras la confirmación sensorial de que la situación *externa* ya es segura, el animal o la persona inhalan de forma profunda, audible y automática, un "suspiro de alivio" audible. A continuación, los nervios vago y de la columna vertebral que se han desactivado o apagado se vuelven a activar físicamente con movimientos específicos y automáticos del cuello y la columna vertebral. Estos movimientos físicos permiten que fluya una oleada de energía saludable a través del sacro, el cerebro y los nervios vago y de la columna vertebral. En concreto, un movimiento circular y rápido de la cabeza de izquierda a derecha estimula el nervio vago y permite la reanudación del flujo en el canal Du. La oleada de flujo en el canal Du elimina la sensación de agitación eléctrica o "estática" que causaba el flujo *mínimo* de energía en el sacro y el cerebro. Esto acaba con la sensación de temblor interno y con el temblor físico, si lo hubiera. Una sacudida o *escalofrío* por la columna vertebral permite que los nervios de la columna vertebral reanuden su funcionamiento normal, incluso se reactivan las glándulas suprarrenales.

Sin embargo, al igual que con cualquier variación del Qi de los canales, es posible que el flujo del Qi se *atasque* en algunos o en todos los circuitos relacionados con la pausa y en el patrón de energía insuficiente que fluye en el sacro y el tálamo. Quedarse *atascado* en algunos aspectos de la pausa biológica en respuesta a un trauma físico o emocional podría rápida *o* lentamente, con el tiempo, durante décadas, provocar enfermedad de Parkinson tipo IV.

Pausa autoinducida

Los circuitos del canal del modo de pausa también pueden ponerse en marcha en respuesta a la orden enérgica que una persona se da a sí misma de "no sentir dolor". Muy a menudo, esta orden se refiere tanto al dolor emocional como al físico.

El cuerpo tiene un modo en el que se minimizan muchos tipos de dolor: el modo de pausa. Muchos de mis pacientes con Parkinson que se han quedado atascados en los patrones eléctricos del modo de pausa entraron en ese estado porque se decían a sí mismos "no muestres dolor", "siéntete entumecido" o algo parecido a "no quiero estar en este mundo".

Los pasos biológicos habituales para desactivar la pausa *no* funcionarán para la pausa autoinducida. En cambio, hay que acabar con el adormecimiento de la sensación somática que se desencadenó debido a la orden mental. No es necesario que la persona recuerde los detalles de la orden que utilizó para inducir la pausa. Sin embargo, debe aprender a crear los comportamientos eléctricos de estabilidad y seguridad biológica en el mesencéfalo que ponen en marcha los otros pasos para desactivar la pausa. Solo entonces su cerebro será capaz de seguir los pasos que desactivan los cambios neurológicos y del Qi de la pausa que puso en marcha de manera inconsciente con las órdenes que se daba a sí mismo.

La pausa autoinducida puede causar enfermedad de Parkinson tipo I.

Pseudopausa: flujo del Qi de los canales del tipo pausa debido a una lesión sin curar o al bloqueo del Qi de los canales

En respuesta a una lesión sin curar, los circuitos eléctricos de la pausa pueden desarrollarse rápido, en cuestión de horas, o lento, a lo largo de décadas. La pausa puede desarrollarse de forma lenta si una lesión solo bloquea *parcialmente* un canal. En mi limitada experiencia, los circuitos de pseudopausa suelen comenzar con una lesión a lo largo del canal del estómago o en las partes del canal Du que pasan por el cuello o la columna vertebral. De nuevo, *no* se trata de una pausa verdadera: el paciente no siempre ha caído en un estado de inhibición de los neurotransmisores, reducción de la movilidad y presión sanguínea baja, al menos, no al principio.

Más bien, la lesión sin curar crea un estado en el que los comportamientos del Qi de los canales pueden llegar a *parecerse* a los de la pausa. En caso de que haya huesos desplazados o tejido blando en el tobillo o el pie, los comportamientos del tipo pausa del Qi de los canales podrían aparecer de forma gradual. Con una lesión *importante* en la pierna o en el cuello, los síntomas de pausa pueden aparecer casi de inmediato. Por ejemplo, en el caso de una fractura de fémur (hueso de la parte superior de la pierna), el canal del estómago podría bloquearse de inmediato. El flujo del tipo pausa del Qi podría comenzar a circular al instante y el paciente podría desmayarse.

Si una lesión o un bloqueo en el canal del estómago o Du no se cura por completo, la pseudopausa puede provocar enfermedad de Parkinson tipo II.

Como ejemplo de aparición *gradual* de la pseudopausa, en los primeros años de una lesión en el pie disociada y, por lo tanto, algo indolora y sin curar, con un ligero desplazamiento de los tejidos blandos y/o de los huesos del pie o del tobillo, el Qi del canal del estómago podría estar bloqueado de forma parcial en el pie. Debido a la mayor resistencia del Qi en el pie, una *parte* de este podría retroceder o bifurcarse en el costado de la pierna, arriba del bloqueo, y fluir lateralmente hacia la parte medial del tobillo en el Ki-3 o el Ki-6, o desde la mitad de la parte inferior de la pierna hacia el canal de la vesícula biliar cercano en el GB-35.

Estas divergencias, que no son inusuales, pueden provocar sensaciones extrañas de inestabilidad, o quizá tensión en el costado de la pierna, o incluso el síndrome de las piernas inquietas, pero el Qi del canal del estómago no fluirá en retroceso hasta llegar a la frente, ni tampoco habrá síntomas significativos de pausa… hasta ese momento.

Si la confusión eléctrica en el lugar del bloqueo aumenta de tamaño con el tiempo, el Qi del canal del estómago que fluye en retroceso podría retroceder un poco más arriba de la pierna o incluso hacia el torso, donde podría fluir de forma lateral hacia cualquier canal cercano. Si el Qi del canal del estómago fluye en retroceso hasta el cuello, puede cruzarse con el Qi del canal del intestino grueso y hacer que este también fluya en retroceso.

Al cabo de unas horas, días o, con mayor frecuencia, después de varias décadas, a medida que el Qi que se encuentra en las proximidades de la lesión/el bloqueo continúa extendiéndose hacia los lados o hacia atrás, llega un momento en que el Qi del canal del estómago casi *no* puede pasar por el lugar de la lesión.

Mientras tanto, la fuerza del Qi que fluye en retroceso puede volverse poco a poco lo suficientemente intensa como para que el Qi del canal del estómago fluya en retroceso hasta el ST-6, en la esquina posterior de la mandíbula, y de ahí hasta el ST-8, en la frente.

Cuando la acumulación en ST-8 es lo suficientemente grande, el Qi puede desviarse y aumentar el canal de la vesícula biliar, que fluye desde la parte frontal de la cabeza hasta

la posterior. Esto puede causar, en diversos grados, la inhibición del canal Du, que fluye desde la parte posterior de la cabeza hasta el frente. Esta disminución del canal Du produce la disminución o inhibición de ciertos comportamientos del mesencéfalo, como la liberación de dopamina para la función motora.

Cuando esto ocurre, *pueden* ponerse en marcha los cambios *mentales* asociados a la pausa, como el aumento de la cautela y el entumecimiento emocional, aunque el origen de las corrientes del tipo pausa *no* haya sido una lesión que pusiera en peligro inminente la vida. Como mencioné antes, *algunas* personas con pseudopausa debido a una lesión disociada *no* desarrollan los componentes mentales relacionados con la pausa. Los componentes mentales contribuyen a lo que se denomina la personalidad parkinsoniana. Es posible que una persona con pseudopausa no desarrolle los componentes mentales y la personalidad, o al menos no en el mismo grado, que una persona con pausa o pausa autoinducida.

La pseudopausa puede causar enfermedad de Parkinson tipo II o III.

Variaciones en el canal causadas por la pausa

Cuando los recorridos del tipo pausa del Qi de los canales quedan sin corregirse durante años, es imposible predecir cómo podría cambiar el flujo del Qi en *otros* canales que no sean el del estómago, Du, Ren, UB y del intestino grueso, en qué período de tiempo y qué síntomas podrían aparecer.

Las corrientes de tipo pausa en los canales Du, Ren, UB, del estómago y LI pueden ponerse en marcha debido a la pausa y la pausa autoinducida. También a raíz de una pseudopausa provocada por una lesión no mortal y no curada por completo, una intervención quirúrgica o una cicatriz física o emocional que se ha expandido de a poco hasta obstruir el canal. Pueden activarse a partir de una pseudopausa causada por una orden disociadora dada a uno mismo de no sentir jamás una lesión específica, de modo que la lesión permanece sin curarse y genera un patrón de pausa (EP tipo III). Sin importar cómo se hayan puesto en marcha las corrientes de tipo pausa, si el sistema eléctrico se queda *atascado* en los patrones eléctricos de la pausa en los canales del estómago, Du, Ren y/o UB, podría acabar manifestándose el comportamiento relacionado con la pausa del canal Ren en todos los *demás* canales.

Una vez que las corrientes eléctricas comienzan a fluir en las direcciones de la pausa a largo plazo y son, por alguna razón, incapaces de realizar una autocorrección saludable, la única certeza cuando se trata de los otros canales es que el Qi *siempre* fluirá hacia el camino de menor resistencia.[55]

[55] Esta es una analogía de plomería: el bloqueo de las tuberías de una casa hace que las aguas residuales fluyan de forma *aparentemente* impredecible, ya que siguen el camino de menor resistencia a través de las tuberías ocultas en las paredes. A veces, un bloqueo leve provocará ruidos de burbujeo en el inodoro mientras el agua se desplaza de manera transversal hacia otras tuberías hasta que se drena lentamente, pero un atasco grave debajo de la casa puede provocar que las aguas residuales del piso de arriba salgan por los desagües de la ducha de la planta baja.

Cuando las tuberías fluyen en retroceso, la dirección puede *parecer* impredecible o incluso ilógica porque no se puede ver lo que sucede dentro de las paredes. Pero podemos tener por seguro que las aguas residuales *siempre* fluyen por el camino de menor resistencia.

El movimiento del agua es impulsado principalmente por la gravedad e influenciado por la disponibilidad de caminos. El flujo del Qi de los canales es impulsado principalmente por los

Alteraciones basadas en la pausa en el suministro cerebral del Qi de los canales

En la pausa, cuando el canal Du está bloqueado en la base del cuello, las otras corrientes que fluyen sobre y a través de la cabeza (principalmente, los canales UB y GB) todavía pueden proporcionar apoyo y dirección a las corrientes dentro del cerebro.

Como señalé antes, cuando la parte del canal Du que pasa por la cabeza está muy inhibida o bloqueada, como ocurre en la pausa, el nivel de energía, la *cantidad* de Qi que fluye a través de la línea media del cerebro disminuye en gran medida. Esto provoca la inhibición de algunas de las funciones de las estructuras cerebrales que se extienden a lo largo de la línea media, como el cuerpo estriado y el tálamo.

Al mismo tiempo, el cerebro experimenta un *aumento* de la actividad en los lados del cerebro: las áreas donde tiene lugar la evaluación del riesgo basada en el miedo, el hiperanálisis (ansiedad) y el aumento de la actividad de la amígdala (centro del miedo y de la ira), que están situadas justo debajo de los canales UB y GB y son influencias por ellos. También aumenta el pensamiento analítico, el pensamiento basado en la palabra y la autoexpresión basada en la palabra.

La dopamina se utiliza tanto en el mesencéfalo *como* en los lados del cerebro. Por ejemplo, el área de evaluación del riesgo en el lóbulo derecho del cerebro, en el caudado anterior derecho, utiliza la dopamina como su principal neurotransmisor. Como ya he mencionado, en las personas con enfermedad de Parkinson, la cantidad de dopamina es *elevada* en el área del caudado anterior derecho, a pesar de que la liberación de dopamina está *inhibida* en las áreas del mesencéfalo. [56]

Cuando la gente se refiere a la dopamina como el neurotransmisor "del bienestar", hablan de la dopamina que utiliza el mesencéfalo, no de la dopamina que estimula la ansiedad y otros procesos negativos o basados en el ego en los lados del cerebro.

En resumen

El modo de pausa es un modo a corto plazo que puede salvar vidas.

Durante la pausa, muchos comportamientos específicos en los canales se ponen en marcha y tal vez algunos comportamientos de efectos secundarios en otros canales. Mientras se está en el modo de pausa, aparte del flujo en retroceso en el canal del estómago, la

---

diferenciales de voltaje (análogos a la relación del agua con la gravedad) y la conductividad. En el Qi, estos factores impulsores pueden verse afectados por daños físicos y tejido cicatricial, así como por las distintas señales cerebrales asociadas a cada uno de los cuatro modos neurológicos. Otras influencias en el flujo del Qi de los canales son las señales de ondas procedentes de las ondas de pensamiento, incluidas las ondas de pensamiento subconsciente y los hábitos de pensamiento, *y* las señales electromagnéticas generadas por el ADN celular y mitocondrial. El flujo del Qi de los canales puede *parecer* aleatorio, pero siempre hay una lógica detrás que se basa en las leyes simples de la física.

[56] "Personality traits and brain dopaminergic function in Parkinson's disease" (Características de la personalidad y función dopaminérgica cerebral en la enfermedad de Parkinson); *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 98:13272-7;Dr. Valtteri Kaasinen, PhD et al; 2001.

Este estudio del 2001 describe el descubrimiento totalmente inesperado de que las personas con Parkinson tienen niveles *elevados* de actividad dopaminérgica en el área del cíngulo anterior del cerebro, un área que gestiona la evaluación del riesgo.

detención en el canal Du en la base del cuello, la internalización profunda del Ren, el "escape del cuerpo" en el cuello del canal UB y muy probablemente el flujo en retroceso en la parte del canal del intestino grueso que pasa por el brazo, es imposible predecir qué sucederá en todos los demás canales.

Estos diversos comportamientos del Qi de los canales trabajan para reducir las hemorragias, disminuir la necesidad de oxígeno, mantener el cuerpo tan inmóvil como sea posible, y hacer que el cuerpo sea menos perceptible y atractivo para un depredador que se encuentre cerca.

La pausa está diseñada para desactivarse de forma automática tan pronto como la situación cercana a la muerte se haya resuelto y se haya confirmado que no hay moros en la costa.

Capítulo catorce

Síntomas de la EP: ubicación, ubicación, ubicación

Este capítulo examina en detalle los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Describe las ubicaciones exactas y los cambios fisiológicos relacionados con esos síntomas, y también cómo sus ubicaciones causaron una revolución en mi comprensión de la enfermedad de Parkinson.

A finales de la década de 1990, había visto a varias personas recuperarse de la enfermedad de Parkinson "incurable". Como a todo el mundo, en la facultad de medicina, me habían enseñado la teoría, que nunca se había comprobado y que terminó siendo errónea, de que las células cerebrales muertas eran la causa de la enfermedad de Parkinson. No podía imaginar por qué o cómo la curación de las lesiones en los pies les devolvía la vida a las células cerebrales muertas. Pero el hecho era que, cuando las lesiones en los pies y/o los tobillos de mis pacientes respondían al tratamiento y sus canales del estómago empezaban a funcionar de manera correcta, los pacientes dejaban de tener Parkinson "de golpe". Me obsesioné con una pregunta: ¿cómo podía la curación de una lesión en el pie de una persona o, en un caso, una lesión en la cabeza, devolverle la vida a las células cerebrales muertas?

Todos los días a la mañana temprano, durante más de una hora, me obsesionaba con esto mientras caminaba o corría por los senderos boscosos detrás de mi casa. Reproducía en mi mente una y otra vez películas mentales de los síntomas de *todos* mis pacientes con Parkinson, incluso de los nuevos voluntarios que estaban experimentando cambios en los síntomas y la personalidad en respuesta a los tratamientos Yin Tui Na, pero que aún no se habían recuperado.

Los médicos occidentales, al definir el Parkinson, se habían centrado en los grandes patrones generales de rigidez y pobreza de movimiento. Yo había sido más meticulosa. Observé exactamente *dónde* las personas tenían rigidez y *dónde* tenían pobreza motora, la *ubicación* real de los síntomas específicos. La rigidez y la debilidad son opuestos musculares. No podía entender cómo síntomas *opuestos* podían ser el resultado de una insuficiencia de dopamina. Además, una disminución de las células productoras de dopamina debería producir síntomas bilateralmente simétricos. En la medicina china, si los síntomas son más evidentes en un lado del cuerpo, el médico debe buscar una lesión o traumatismo que haya dañado un lado del cuerpo más que el otro, o incluso una causa psicológica, pero no una disminución del nivel de neurotransmisores del mesencéfalo.

Un porcentaje *muy* pequeño de personas con Parkinson tiene síntomas que se reparten por igual entre los lados izquierdo y derecho. Pero la mayoría de mis pacientes con EP tenían síntomas *más* intensos en un lado, ya fuera el izquierdo o el derecho, al menos, al comienzo del síndrome. Los primeros síntomas de mis primeros pacientes o los más intensos siempre estaban en el mismo lado del cuerpo que tenía una lesión o cirugía sin curar en el pie o el tobillo. También noté esta asimetría en personas con EP y con pre-Parkinson que estaban atascadas en una pausa habitual (tipo IV) a raíz de una lesión en la cabeza del lado izquierdo o derecho. *No* podía compaginar todo esto con la teoría de las células dopaminérgicas muertas.

Un día, mientras corría por el bosque, después de haber estado más de un año dándole vueltas a la cuestión de cómo las lesiones en los pies podrían estar relacionadas con

las células cerebrales muertas, de repente, se me ocurrió la idea de que debía superponer mentalmente las ubicaciones de los síntomas *específicos* de la enfermedad de Parkinson de *todos* mis pacientes con una imagen mental de un cuerpo.

Tenía una larga lista mental de las *ubicaciones* de los síntomas que había elaborado a partir de cientos de horas de conversación con mis pacientes voluntarios. Dividí los síntomas en dos grupos: rigidez y debilidad. Dispuse en mi mente los síntomas sobre el boceto de un ser humano que había imaginado.

Me quedé estupefacta.

Todos los síntomas de *rigidez* se ubicaban donde el Qi de mis pacientes circulaba *en retroceso* en el canal del estómago o en el canal del intestino grueso. Todos los síntomas de *debilidad* se ubicaban donde el Qi estaba *ausente* en los canales del estómago y el intestino grueso. La imagen era alarmante por su perfección. Todo lo que había hecho era colocar mentalmente dos tipos de puntos, uno para la rigidez y otro para la debilidad, en las ubicaciones de los síntomas del Parkinson. Pero la *suma* de ambos tipos de puntos parecía como si hubiera dibujado toda la longitud de los canales del intestino grueso y del estómago… y no figuraba *ninguna* porción de los otros 18 canales (los otros 10 canales principales y los 8 extraordinarios). Vi *por qué* los síntomas del Parkinson se desarrollan en ciertos *lugares*: había algo profundamente anómalo en los canales del estómago y el intestino grueso. Los síntomas de la EP se desarrollaron en respuesta al flujo anómalo del Qi de los canales.

A continuación, haré un mapa verbal de los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Podrán ver lo que vi en mi mente *y* comenzar sus propios procesos de autodiagnóstico. Volverán a consultar este capítulo cuando confirmen o refuten su propio diagnóstico de Parkinson.

No hay dos iguales

Cuando lean con detenimiento la siguiente lista de *ubicaciones* de los síntomas del Parkinson, recuerden que ninguna persona con Parkinson tendrá necesariamente *todos* los síntomas allí descritos. En el momento del diagnóstico, una persona puede tener solo unos pocos síntomas. En general, los síntomas de la enfermedad de Parkinson se desarrollan de forma gradual. Al principio, incluso pueden ser intermitentes. Y repito, algunos de los síntomas pueden comenzar años, incluso décadas, antes del diagnóstico oficial de EP. Es posible que otros síntomas *nunca* aparezcan en algunas personas. No hay dos personas con Parkinson que tengan exactamente los mismos síntomas. Por lo general, un síntoma determinado será más grave o habrá aparecido antes en el lado del cuerpo en el que también aparecieron primero *otros* síntomas. Para aclarar este punto sobre algunos síntomas específicos, incluiré las letras LSAP: lado en el que los síntomas aparecieron primero.

Asimetría

Debido a las propiedades de resonancia de las corrientes eléctricas, un patrón eléctrico que se manifiesta en uno de los canales principales bilaterales (izquierdo o derecho) acabará teniendo un “eco” en el canal del *otro* lado. Al mismo tiempo, el canal del

lado sano ayudará a moderar el canal con el problema para que el problema eléctrico no llegue a ser tan grave como podría haber sido. [57]

Cuando una persona desarrolla un flujo irregular del Qi y tal vez síntomas en un lado del cuerpo, el otro lado podría desarrollar de manera lenta o rápida síntomas casi iguales. Esta es la razón por la que una persona con EP puede llegar a desarrollar un flujo en retroceso en el Qi en *ambos* canales del estómago, aunque la lesión en el pie u otra parte del cuerpo se haya producido solo en un lado. Las ramificaciones de este principio eléctrico básico en los sistemas vitales se tratan en el libro *Tracking the Dragon*.

Sin embargo, el 5 % de los pacientes con EP *solo* tipo I (no combinada con el tipo II) o tipo IV a raíz de una lesión en el centro de la cabeza o en la columna vertebral podrían tener síntomas *simétricos*. Puede que *no* tengan un "lado en el que los síntomas aparecieron primero".

Una excepción a la regla

El lado en el que los síntomas aparecieron primero *suele* ser el mismo lado del cuerpo que tiene la lesión sin curar más *inmediatamente* evidente. Sin embargo, está lleno de excepciones. Por ejemplo, un paciente presentó una situación desconcertante. Cuando tenía unos 6 años, se cortó el pie *derecho* en un accidente con una cortacésped. Se lo volvieron a coser con éxito. Todos sus síntomas de la EP eran del lado *izquierdo*.

Con el tiempo, descubrí que lo habían consolado y mimado con amor a causa de la lesión en el pie. Sin embargo, cuando ya era unos años mayor, se sometió a una intervención quirúrgica con la esperanza de devolverle algo de movimiento a su pie derecho entumecido e inmóvil. Le extirparon tendones de la pierna *izquierda* y se los trasplantaron al pie derecho. Su pie derecho no ganó la movilidad esperada y su pierna *izquierda* se volvió bastante rígida tras la extirpación de los tendones. Antes y después de la intervención quirúrgica en la pierna izquierda, las enfermeras y el cirujano le dieron instrucciones muy estrictas: "No llores", "Compórtate como un niño *grande*, no hagas un escándalo", etc.

El lado izquierdo de su cuerpo fue el primero en desarrollar los síntomas del Parkinson, no el derecho. Si cerraba los ojos, no era capaz de imaginar el lado izquierdo de su cuerpo. Sí *podía* imaginar el lado derecho. No siempre es la lesión *evidente* o que recordamos bien la que más contribuye a la enfermedad de Parkinson. Es igual de probable, o incluso *más* probable, que sea una lesión que el paciente ni siquiera recuerda, no recuerda bien o, al menos, no recuerda *antes* de iniciar el tratamiento.

[57] "La información sobre las lesiones se propaga por todo el cuerpo. Más allá del lugar de la herida, los órganos no dañados muestran un conocimiento bioeléctrico de sus homólogos dañados", afirma el Dr. Michael Levin, que cité anteriormente en la p. 6 xxx.

En un renacuajo joven al que se le había extirpado una pata, un escáner de la carga eléctrica de la pata herida muestra una zona de mayor "potencial de acción" (se puede pensar en esto como una mayor "resistencia" o acumulación de carga) en el borde cortado de la pata extirpada. La pata opuesta, *sin cortar*, muestra una zona de aumento del potencial de acción exactamente en el mismo lugar, lo que va en paralelo con el aumento en el lado herido. Pueden consultar esto en: https://oshercenter.org/oc-event/grand-rounds-endogenous-bioelectric-networks-regenerative-medicine/

Uso de la información de este capítulo

Si creen que pueden tener enfermedad de Parkinson, marquen cualquier síntoma de esta lista que hayan notado en sus cuerpos. En el siguiente capítulo sobre el *diagnóstico* de la enfermedad de Parkinson, la información de este capítulo sobre la ubicación de los síntomas les resultará útil, ya que los ayudará a confirmar o descartar el diagnóstico de EP.

Referencias de la lista de síntomas

- El círculo hueco indica los síntomas de Parkinson reconocidos por la medicina occidental.
- El círculo relleno indica los síntomas del Parkinson que son bastante comunes, o al menos no infrecuentes, pero que, a menudo, los médicos occidentales desconocen.

Las letras que preceden a los síntomas se refieren a lo siguiente:
A = atrofia muscular, debilidad o entumecimiento
R = rigidez o tensión
P = pausa (síntomas característicos del modo de pausa)
LSAP: lado del cuerpo (izquierdo o derecho) en el que los síntomas aparecieron primero

Síntomas en el canal del estómago

Parte 1: flujo de energía sobre los párpados, las mejillas y los labios

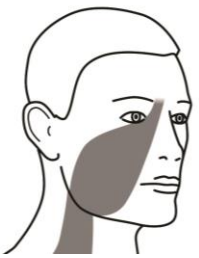


Fig. 14.1
Canal del estómago normal:
la energía fluye hacia *abajo* de la cara

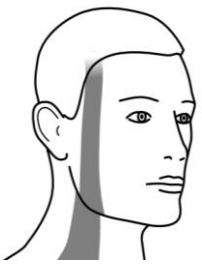


Fig. 14.2
Canal del estómago en pausa:
la energía fluye hacia *arriba* hasta el costado de la cabeza

Atención: una rama del canal del estómago pasa por encima de los labios superior e inferior y los rodea antes de volver a unirse a la corriente principal. Los dibujos no incluyen esta rama porque la ilustración quedaría demasiado cargada. Cuando una persona está en pausa, esta rama alrededor de los labios *no* fluye.

Síntomas del canal del estómago en la cara

- **A** . (Recordatorio: **A** = atrofia) Parpadeo mínimo o lento; caída del párpado inferior. Este síntoma, y casi todos los síntomas de la cara, suelen ser peores en el lado del cuerpo en el que los síntomas aparecieron primero (LSAP) y están causados por la atrofia o el entumecimiento. En este caso, la parte expuesta del globo ocular en el LSAP parecerá más grande que el otro globo ocular debido a que la caída del párpado inferior deja expuesta una mayor parte de la órbita.

- **A.** Uso excesivo de los músculos de las cejas y la frente, los cuales todavía *tienen* un flujo eléctrico normal (del canal UB), para mostrar expresiones faciales. Se trata de un comportamiento compensatorio debido a la falta de sensibilidad en los músculos de las mejillas y los ojos. En ocasiones, esto puede provocar surcos profundos en los músculos de la frente.

- **A.** Sinusitis, varios problemas con los senos paranasales, como ronquidos fuertes e incluso apnea del sueño. Estos síntomas están causados por el colapso leve del velo del

paladar, una zona que suele activarse a través de la parte del Qi del canal del estómago que pasa por la mejilla interna. (No se muestra en los diagramas).

- **A.** Sensación de hundimiento del paladar en la parte posterior de la boca, como si los huesos de las cavidades sinusales se colapsaran hacia abajo y hacia adentro de la cara.
  - **A.** Piel seborreica en los costados de la nariz o las mejillas: crecimiento de hongos en la piel en estas áreas debido a la mala circulación sanguínea a raíz de la ausencia del Qi.
  - **A.** Pérdida del sentido del gusto o del olfato.
- **A.** Sensación de frío intenso dentro de la mejilla del LSAP y, con el tiempo, en ambas mejillas.
- **A.** Surco en la cara que va desde el costado de la fosa nasal hasta el costado de la boca debido a la atrofia de ciertos músculos de la mejilla, normalmente peor en el LSAP.
- **R:** Aplanamiento en la "manzana" de las mejillas (el músculo que sobresale hacia fuera en la parte superior del pómulo cuando sonreímos) al intentar sonreír.
  - **A.** Incapacidad para levantar las comisuras de los labios al sonreír.
- Incapacidad para *darse cuenta* de que los músculos faciales no se mueven cuando se intenta sonreír conscientemente. Esta falta de propiocepción se debe al entumecimiento de estos músculos.

Mi cara en abril de 1998, unas semanas después de haber desactivado el modo de pausa de forma permanente. Ahora podía sonreír sin esfuerzo, pero los músculos de la mejilla derecha, que habían estado débiles por mucho tiempo, seguían estando bastante caídos.

Observen cómo el párpado inferior caído del lado derecho hace que ese ojo parezca más grande o "más abierto". Fíjense también en la mejilla plana y el surco del lado derecho de la cara, junto al orificio nasal y el costado de la boca, a diferencia del músculo redondo "con forma de manzana" de la mejilla del otro lado. Había tenido surcos profundos en la frente durante años.

Antes de recuperarme, mi rostro tenía un aspecto inexpresivo, incluso triste, a menos que hiciera un esfuerzo consciente y enérgico para producir una sonrisa temporal.

Fig. 14.3 El rostro de la autora en 1998

  - Tras lograr una buena sonrisa consciente, la cara puede volver rápidamente a una expresión fría.
- **A.** Control deficiente de los labios; entumecimiento de los labios; falta de percepción cuando la comida se queda pegada en los labios.
  - **P.**(**P** = pausa) Reflejo de deglución deficiente, que causa babeo y "ahogamientos sin previo aviso ".
- **P.** Enseñarse a exhalar de forma consciente antes de llevarse la comida a la boca e incluso mantener una ligera exhalación mientras hay comida o líquido en la boca, para evitar

que la comida se deslice por la vía respiratoria al masticar. Esto suele comenzar muchos años antes del diagnóstico, debido a la creciente inhibición del reflejo de deglución.

- **P.** Neumonía por aspiración debido a que los alimentos bajan por las vías respiratorias y llegan a los pulmones.

Aquí terminan los síntomas faciales y de deglución. Tengan en cuenta que, a excepción de la inhibición del reflejo de deglución, una característica neurológica de la pausa impulsada por el mesencéfalo, todos los demás síntomas se deben a una *ausencia* de las corrientes subdérmicas, una *falta* de Qi: atrofia, debilidad y/o entumecimiento, *no* rigidez.

Parte 2: flujo de energía sobre el torso y las piernas

En esta sección, a medida que la lista se desplaza desde la parte posterior de la mandíbula hasta la parte superior del centro del pie, observen que todos los síntomas del Parkinson se caracterizan por la tensión y/o la rigidez (señaladas con una "**R**"). Como dije antes, las viñetas *huecas* representan los síntomas reconocidos por la medicina occidental. Las viñetas *rellenas* señalan síntomas frecuentes del Parkinson que muchos médicos occidentales desconocen.

- **R.** Dolor intermitente en los molares inferiores traseros del LSAP. Este dolor en las muelas inferiores traseras, ya sea crónico o intermitente, no suele tener "ninguna causa", según los exámenes de los dentistas. Una de mis pacientes con EP me contó que su molar inferior trasero del LSAP "ni siquiera tenía raíz". Su dentista *nunca* había visto eso en un paciente.

Como se ha mencionado antes, la parte posterior trasera de la mandíbula es la ubicación de la derivación en el ST-6 que envía el Qi que fluye *en retroceso* hacia el costado de la frente, lo que le impide que fluya en retroceso por la cara hasta el punto entre las cejas. El dolor crónico o la debilidad en las raíces o en la estructura física de los molares inferiores traseros puede deberse a la ausencia a largo plazo de un flujo parasimpático sano a través del área del ST-6.

- **R.** Rigidez espontánea y espasmos dolorosos en los costados de la garganta sin razón aparente, lo que causa ahogamiento o tos "de la nada", ahogamiento o tos por la saliva, ahogamiento frecuente al comer.
- **R.** Postura encorvada, cabeza echada hacia delante debido a la rigidez de los músculos esternocleidomastoideos del cuello.
- **R.** Voz ahogada, voz apagada por la rigidez en los músculos de la garganta.
- **R.** Dificultad para girar la cabeza de un lado a otro debido a la rigidez en los músculos del cuello.

- **P.** Estómago "de hierro" (entumecimiento) o hipersensible con propensión a las náuseas. Ambos síntomas se deben a la inhibición del nervio vago, una característica de la pausa.
- **R.** + **P.** Hipotensión ortostática (presión arterial baja, suministro insuficiente de sangre a la cabeza, en especial, cuando uno se pone de pie luego de estar sentado).

Esto puede deberse en parte a la presión ejercida sobre el seno carotídeo en el cuello. Los tejidos tensos y rígidos del cuello presionan el seno carotídeo, y le envían una señal

constante y falsa de "presión alta". En consecuencia, el cuerpo podría bajar la presión arterial. Este síntoma, la hipotensión ortostática, también suele asociarse a la insuficiencia de adrenalina, así como a la pausa.

Muchas personas con Parkinson se sienten orgullosas de su presión arterial baja y no se dan cuenta de que forma parte de su patología parkinsoniana.

- **R.** Incomodidad, incluso sensación de asfixia o pánico, si se realiza una actividad en la que hay que levantar los brazos por encima de la cabeza durante más de unos segundos, por ejemplo, al descolgar la cortina de la ducha o bajar platos de una estante alto. Esta sensación de compresión sobre el corazón se debe a la rigidez de los músculos del pecho.
- **R.** Dolor u hormigueo entre el omóplato y la columna vertebral al intentar sentarse muy recto con los hombros hacia atrás (las escápulas se mueven de forma *medial*) durante cualquier período de tiempo, especialmente en el LSAP. Estos músculos de la espalda están acostumbrados a los movimientos *laterales* debido la rigidez crónica de los músculos del pecho a lo largo del recorrido del canal del estómago, a menudo, combinada con la ausencia o disminución de Qi del canal UB que desciende por la espalda.

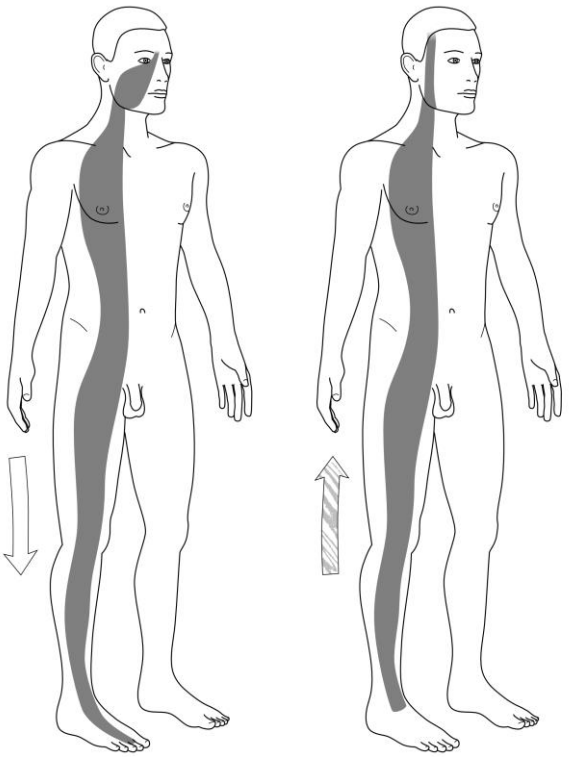


Fig. 14.4 Canal del estómago en modo parasimpático/Canal del estómago en pausa

- **R.** + **P.** Estreñimiento para el que, por lo general, los laxantes no son eficaces. Es una parte normal de la pausa. Junto con un "estómago de hierro" o náuseas crónicas de bajo grado, es posible que los intestinos no trabajen muy bien cuando se está en pausa. Durante la pausa, no solo el reflejo de la deglución, sino *todo* el sistema digestivo está algo apagado. Una persona que está al borde de la muerte no debería tener mucho apetito. En la pausa

prolongada, una persona puede tener poco apetito *o* puede sentir la necesidad de comer constantemente, tal vez por ansiedad, sin llegar a sentirse saciada. En ambos casos, su sistema digestivo no está utilizando las señales normales del apetito ni el peristaltismo normal (movimientos de compresión/empuje del estómago y el intestino).

- **R.** Dificultad para darse la vuelta en la cama por la noche, o para girarse desde la cintura, debido a la rigidez muscular a lo largo del recorrido del canal del estómago en el torso.

- **R.** En algunas mujeres, décadas antes del diagnóstico de Parkinson, durante el embarazo, se producen estrías abdominales patológicas *extremadamente* marcadas, que desgarran la piel y los tejidos más profundos, debido a una incapacidad total de la piel para estirarse con normalidad.

Una de mis pacientes con EP, muchos años *antes* de que le diagnosticaran EP, había experimentado problemas con la expansión del útero durante su segundo embarazo, lo que hizo que necesitara una cesárea antes de tiempo, y dio a luz a un bebé de bajo peso. Su primer hijo había llegado a término en un útero completamente expandido.

- **R.** Dolor en la ingle a lo largo del canal del estómago, al parecer, "sin motivo aparente", en especial en el LSAP, debido a la rigidez en la parte inguinal del canal del estómago y el microdesgarro de los tejidos rígidos durante el movimiento.

- **R.** Ausencia de vello en las piernas a lo largo del canal del estómago, en especial en el LSAP, aunque el resto de la pierna tenga un patrón de vello normal. Este es un síntoma de que la corriente fluye en retroceso de forma crónica. Se trata de una variante de la rigidez muscular y el bloqueo celular en los folículos pilosos que se producen cuando el Qi fluye en retroceso durante mucho tiempo.

- **R.** Dureza extrema en los músculos anterolaterales (área del canal del estómago) de la parte superior e inferior de la pierna. Muchas personas con EP señalan con orgullo esta sección dura del muslo, ya que suponen que su dureza se debe a un músculo extremadamente tonificado. Sin embargo, la incapacidad para *relajar* estos grupos musculares sugiere endurecimiento y rigidez, en lugar de tejidos sanos.

- **R.** Sensación descrita como "endurecimiento", "algo extraño", "zumbido", "vacío", "algo irritante debajo de la piel", "algo que no está bien" en la parte del canal del estómago que pasa por las piernas. Estas sensaciones pueden ser constantes, pero pueden sentirse, en especial, al final del día cuando se ha estado mucho tiempo de pie. A veces, pueden asociarse con el síndrome de las piernas inquietas.

- **R.** Marcha oscilante debido a la incapacidad de sostener la elevación automática y repetida del muslo rígido. En las personas sanas, el movimiento automático de elevación de las piernas está regulado por la pulsación del canal del intestino grueso que alterna entre izquierda y derecha e impulsa el balanceo de los brazos. El Qi del canal LI fluye hacia la cabeza y sube hasta Yin Tang. En Yin Tang, se convierte en el canal del *estómago* del lado *opuesto*, es decir, el canal LI del lado derecho se convierte en el canal del estómago del lado izquierdo, y viceversa. El Qi de los dos canales conectados impulsa la alternancia entre el balanceo de los brazos derecho e izquierdo y la elevación de la pierna en los músculos del muslo en el recorrido del canal del estómago. Por lo tanto, la zancada de la pierna se coordina y se acciona mediante el balanceo del brazo del lado opuesto.
- **R.** Dificultad para desplazarse de costado o girar hacia un lado al caminar.

- **R.** Más dificultad para girar hacia el LSAP que para girar hacia el otro lado.

- **R.** Fenómeno de la rueda dentada (contracciones espasmódicas o saltos discretos durante la rotación) en los tobillos. Esto ocurre debido a la rigidez en el punto donde el canal del estómago atraviesa el tobillo. Si el canal adyacente de la vesícula biliar (GB) también circula en retroceso (lo que no es infrecuente si hay una lesión en el pie, la pierna o la cadera en el recorrido y bloquea el flujo del Qi del canal GB), puede producirse el fenómeno de rueda dentada y extenderse a los canales ST y GB debido a la rigidez en el punto en el que el canal cercano de la vesícula biliar atraviesa el tobillo. Al igual que la mayoría de los síntomas, este fenómeno suele ser peor en el **LSAP**.
- **R.** Subir las escaleras de dos en dos o experimentar una relativa facilidad al subirlas. Dado que los músculos del canal del estómago no funcionan, muchas personas con Parkinson utilizan los músculos de los laterales de las piernas o de la parte posterior de las piernas y las nalgas, que se encuentran a lo largo de los canales GB o UB, para impulsarse con fuerza en cada escalón; colocan un pie en el siguiente escalón y, a continuación, estiran con fuerza estos músculos, lo que hace que sus cuerpos se eleven. Estos músculos *no* se encuentran en el canal del estómago y siguen siendo funcionales.

Además, la tarea de subir escaleras parece desencadenar una llamada al aumento de norepinefrina. Esta agradable e inconsciente oleada de energía lleva a muchas personas con Parkinson leve a optar por subir las escaleras de dos en dos, en lugar de uno en uno. Una vez que se llega a la parte superior de la escalera, la "emergencia" termina. La zancada normal, un movimiento hacia delante, en lugar de un movimiento de enderezamiento de las piernas que requiere el uso de los músculos anterolaterales (a lo largo del canal del estómago) del muslo, *junto* con la disminución inmediata de la norepinefrina, podría hacer que la zancada volviera casi de inmediato a su arrastre habitual.

- **R.** Caminata hacia atrás. La funcionalidad todavía normal de los músculos de los glúteos y de la parte posterior de las piernas contribuye a que una persona con EP *avanzada* camine *hacia atrás* siguiendo la orden mental firme de "¡mueve las piernas!". Los músculos a lo largo del canal del estómago no pueden responder, pero los de la parte del canal UB que pasa por las piernas, los músculos que aún *pueden* moverse, se mueven, y la persona se encuentra caminando hacia atrás.

Aquí termina la lista de síntomas desde la mandíbula hasta la parte superior del pie. Nota: Todos los síntomas se debían a la rigidez o eran característicos de los síntomas que ocurren durante el modo de pausa.

Parte 3: flujo de energía sobre la parte superior del pie

En la siguiente sección, desde la parte superior del pie hasta los dedos de los pies, todos los síntomas se caracterizarán de nuevo por la atrofia, la debilidad o el entumecimiento, excepto unos pocos síntomas que están directamente relacionados con la lesión en sí o con un cortocircuito en el canal.

- **A.** Pie caído (parece que los dedos de los pies se arrastran por el suelo, los pies no se levantan del suelo con facilidad, parecen "pegados al suelo").
- **A.** Pies o dedos deformes.
- **A.** Las venas del dorso del pie no se abren en abanico sobre los dedos de los pies, en especial en el LSAP. En cambio, pueden acabar formando un *bucle* de forma distal al ST-42 (en el centro del pie). Esto es un indicio de falta de energía eléctrica de muy larga data en los dedos del medio del pie.

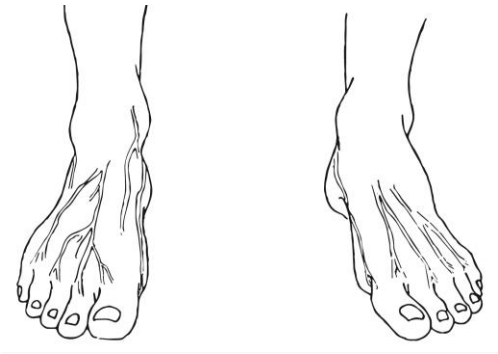


Fig. 14.5 Venas sanas en los pies

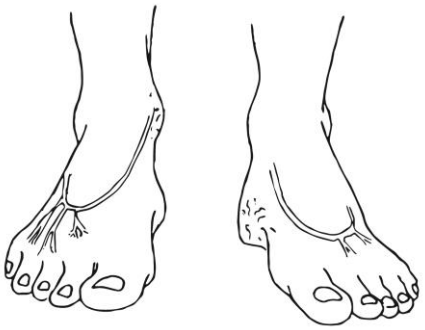


Fig. 14.6 Venas en bucle y manchas en la parte interna del tobillo, peor en el LSAP

- En la parte interna del tobillo, en el canal renal, pueden aparecer graves irregularidades vasculares, várices y manchas en la piel, en especial en el LSAP. Esto se debe a que la corriente del canal del estómago se desborda hacia el canal renal debido a un bloqueo por una lesión o a un bloqueo del Qi relacionado con la pausa en el estómago-42.
- **P.** Sensación de hormigueo o zumbido intermitente en la parte medial (interna) del tobillo, un área del canal renal. Esta sensación en el tobillo puede ser tan fuerte que uno puede sentirse impulsado a bajarse el calcetín y mirarse fijo el tobillo para buscar la causa de la irritación. Esto se debe a un cortocircuito que se produce cuando el canal del estómago fluye medialmente hacia el canal renal cercano, lo que provoca síntomas de exceso de amperaje en el canal renal.
- **A.** Propensión a tener calambres en la *planta* del pie debido a la ausencia de función muscular en los músculos opuestos del lado *dorsal* (superior) del pie.
- **A. + P.** *Dedos de los pies* enroscados debajo de la *planta* del pie debido al entumecimiento y la atrofia en los músculos opuestos en el lado dorsal de los dedos de los pies. También es una característica de la pausa.
- **A.** Juanetes pronunciados y otros huesos desplazados. Esto puede deberse a una lesión sin curar, así como a la atrofia muscular.
- **A.** Pies o dedos de los pies fríos, pálidos, grises o morados.
- **P + R.** Pie más pequeño en el LSAP. La pausa puede causar una retracción en los músculos plantares (*planta*) del pie, *además* de que puede haber tensión muscular protectora/inmovilidad alrededor de una lesión curada de forma incompleta o no curada. El pie del LSAP puede ser entre media talla y dos tallas más pequeño que el otro pie, debido a la tensión muscular protectora que mantiene la lesión del pie en su lugar. Muy a menudo, el pie se alarga en respuesta a la terapia Yin Tui Na y/o en respuesta a la desactivación de la pausa.

En mi caso, unas dos semanas después de haber desactivado la pausa, comencé a cojear con el pie derecho. No podía soportar *nada* de peso durante aproximadamente media hora. Sentía como si los huesos del interior del pie se movieran solos y se reensamblaran en nuevas posiciones. Más tarde ese mismo día, cuando el pie recuperó la fuerza y pudo volver a soportar peso, me di cuenta de que el pie derecho había aumentado una talla de zapato y,

de repente, tenía la misma longitud que el pie izquierdo. No había recibido terapia Yin Tui Na, pero hacía poco que había desactivado la pausa autoinducida.

- **A.** Hongos en las uñas de los pies por falta de circulación y entumecimiento, en especial en los tres dedos del medio.
- **A.** Olor en los pies. Las personas con Parkinson casi siempre tienen un olor muy específico a "polvo y rancio" que emana de sus pies. Esto se debe a los hongos que crecen en las uñas de los pies y debajo la piel de los pies, a veces incluso llegan hasta en el muslo. Técnicamente, esto no se debe a la atrofia, sino a la mala circulación en los pies. En las personas sanas, el hongo, que siempre está presente, vive en la parte inferior de las uñas de los pies y de las manos. Este hongo causa la bonita "parte blanca" que se ve debajo de las uñas. Una circulación y una respuesta inmunitaria sanas en los dedos de las manos y los pies impiden que el hongo penetre en el lecho ungueal y, desde allí, en los tejidos de la mano o el pie. En las personas con EP, la circulación y la función inmunitaria en los dedos de los pies son escasas o deficientes. Debido a esto, el hongo puede invadir el lecho ungueal y las zonas de la piel que tienen mala circulación.

  El olor puede ser bastante penetrante. Siempre pude detectar el olor persistente cuando tenía un paciente con EP en mi consultorio. Por otra parte, tengo un sentido del olfato terriblemente agudo. Es probable que sea una compensación por mis problemas de visión. Algunos médicos han publicado artículos en los que se maravillan de cómo algunas personas, por lo general, mujeres con un sentido del olfato agudo, a veces denominadas "superoledoras", pueden diagnosticar el Parkinson por el olor. Lo que huelen son los hongos de las uñas de los pies. [58]
- **A.** Crestas distintivas en las uñas de los pies que van paralelas a la luna blanca de las uñas, en lugar de las crestas normales que se encuentran *a lo largo* de la uña.
- **A**. Incapacidad para separar el 2.º y el 3.º dedo del pie. Muchos pacientes me aseguraron que *nadie* puede separar el 2.º y el 3.º dedo del pie, aunque fueran capaces de hacerlo en su pie más sano. Después de que la pausa se desactiva y el pie se cura, los pacientes logran separar con facilidad los dedos del pie del lado que antes no podían.

---

[58] Las mujeres suelen tener un sentido del olfato mucho más agudo que los hombres. La primera mujer que se reconoció que era capaz de diagnosticar el Parkinson con el olfato fue la esposa de un hombre con EP. Los investigadores han dado por sentado erróneamente que el olor se debe a una sustancia química producida en el sebo de las personas con Parkinson. Sí, el olor está presente en el sebo (grasa que liberan ciertos poros de la piel) a los costados de la nariz y en la espalda. En los textos de investigación, se describe como un olor "a almizcle". Como se señaló antes en este capítulo, la piel seborreica (infectada por hongos) en los costados de la nariz puede ser un síntoma de EP. Las glándulas sebáceas proporcionan un hábitat para el hongo casi omnipresente que puede desarrollarse justo debajo de la piel en personas con mala circulación sanguínea. Pero si quieren percibir un olor realmente *intenso*, pídanle a una persona con EP que se quite los zapatos. Aprendí mucho sobre el Parkinson examinando los pies de los pacientes.

La mayoría de los neurólogos *nunca* hacen que los pacientes se quiten los zapatos. Si lo hicieran, podríamos haber descubierto una cura para el Parkinson mucho antes. Pero como declaró una neuróloga de mi ciudad natal (conocida por sus pacientes como "La Mujer Dragón") con respecto a la recuperación de su paciente con EP tipo II: "¡No hay manera de que los pies tengan algo que ver con el cerebro!". Para obtener más detalles sobre la investigación del diagnóstico a través del olfato, visiten: https://www.scientificamerican.com/article/a-new-way-to-detect-parkinsons-by-smell/

- **A.** Entumecimiento en el lado interno del dedo gordo del pie proximal al metatarso (acupunto SP-3), o respuesta deficiente cuando se inserta una aguja en SP-3. La punción de este punto a una profundidad de un cuarto de pulgada (medio centímetro) *debería* ser increíblemente dolorosa en una persona sana. La *piel* de un paciente con EP puede tener una percepción sensorial leve, pero la sensibilidad es anormal en los tejidos *subdérmicos*. Debido a que su *piel* todavía tiene algo de función sensorial, los pacientes a menudo insisten en que no tienen entumecimiento en los pies. En los primeros días de mi investigación, para comprobar el entumecimiento en las personas con Parkinson, insertaba la aguja en este acupunto en el LSAP. Le advertía a los pacientes que podrían estar entumecidos en esta área. Estos solían responder de forma engreída a la inserción de la aguja: "¡No estoy entumecido! Lo sentí". Entonces, insertaba la aguja en el lado más sano. El lado *más sano* suele estar *mucho* menos entumecido. Cuando la aguja entraba, el paciente podía gritar de dolor mientras una descarga eléctrica le recorría el pie: la respuesta normal y saludable a la punción en este acupunto en particular. Cuando recuperaban el aliento, solían decir algo así como: "¡¿Qué acabas de hacer?!"

  Yo les respondía amablemente: "Hice lo mismo en ambos lados. Este lado de tu cuerpo *no está* entumecido en el interior". Ya no hago esta prueba. Ahora *sé* que esta situación de entumecimiento *se da* en la mayoría de las personas con Parkinson, así que no hay razón para realizar estas pruebas dolorosas.
- **A.+ P.** Falta de propiocepción en los pies y los dedos de los pies.

  La propiocepción es la capacidad de sentir la ubicación y las acciones de una parte del cuerpo sin mirarla. Como ejemplo de una propiocepción deficiente en la enfermedad de Parkinson avanzada, una persona puede no ser capaz de ubicar los dedos de los pies cuando quedan ocultos a la vista por unas medias. Esto puede dificultar mucho colocar los pies dentro de los zapatos. Un paciente en fase inicial de recuperación me dijo emocionado: "¿Sabías que puedes sentir dónde están los dedos de los pies dentro de los zapatos?". Antes había insistido en que *no* tenía los pies entumecidos.

El canal del intestino grueso

En el modo parasimpático, el canal del intestino grueso (LI) va desde la punta del dedo índice hasta el área entre el pulgar y el índice (LI-4, donde es más probable que comience el temblor del Parkinson), sube por el brazo hasta el bíceps, pasa por el hombro, sube por el costado del cuello, cruza al otro lado de la cara y llega hasta el punto entre las cejas, el acupunto que se denomina Yin Tang. A partir de Yin Tang, la corriente de Qi del canal LI cambia de nombre y se denomina canal del estómago.

Bajo el nombre de "canal del estómago", la corriente baja por la cara, el cuello y el torso, y llega hasta los dedos de los pies. Como se señaló antes, el canal LI del lado derecho se convierte en el canal del estómago del lado izquierdo, y viceversa. El flujo del Qi en el canal LI, que continúa en el canal de estómago del lado *opuesto*, impulsa el balanceo coordinado del brazo y la elevación de la pierna del lado opuesto al caminar o correr.

En pausa, si el canal del *estómago* fluye *en retroceso* hacia el cuello hasta su intersección con los puntos del cuello del canal LI, este último también puede empezar a fluir en retroceso. Entonces, el Qi del canal LI fluye en retroceso en la parte inferior del cuello, el brazo y el antebrazo, hasta la muñeca.

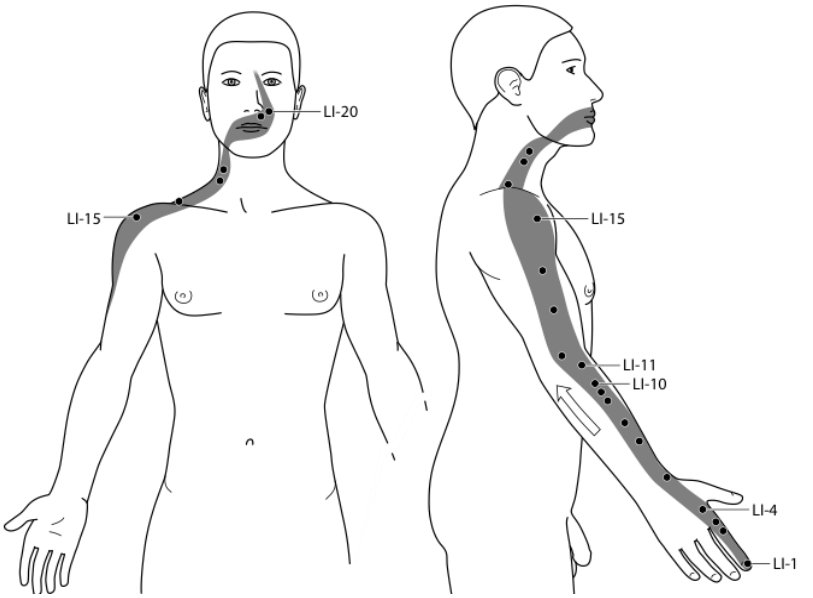


Fig. 14.7 El recorrido del canal del intestino grueso (LI) en modo parasimpático

En la muñeca, el Qi que fluye en retroceso podría fluir hacia el espacio, del mismo modo que el Qi del canal UB fluye hacia el exterior desde el cuello cuando se está en pausa. Si el Qi del canal LI fluye hacia afuera en la muñeca, se ausentará de la parte del canal LI que pasa por la mano (el dedo índice y el músculo entre el pulgar y el índice). Los músculos de esta área terminarán atrofiándose.

Cuando el Qi del canal del estómago circula en retroceso hasta el cuello, en el punto de intersección de los canales LI y del estómago a los costados del cuello, parte del Qi del canal LI puede unirse con el del canal del estómago y desviarse hacia arriba por el costado de la cara hasta el ST-8.

Si esto ocurre, desde la base de la mandíbula hacia arriba, no fluye el Qi a lo largo de la parte del canal LI que pasa por la cara. No hay energía en los labios, los senos paranasales ni en la conexión de los canales LI y del estómago en Yin Tang, en la frente. Esto significa que el sistema que, *por lo general*, impulsa la coordinación del balanceo de los brazos y la zancada de las piernas deja de funcionar. Es posible que aún funcione de manera parcial, pero solo en la medida en que exista una anulación de emergencia de la pausa.

Cuando el Qi del canal LI se ve impulsado a fluir en retroceso, lo que provoca rigidez en el cuello y en la parte superior e inferior del brazo, aparece la rigidez en la muñeca y la posición de brazo doblado características del Parkinson.

Parte 4: la energía sube por el brazo y llega a la cara

- **A**. Debilidad en los músculos del dedo índice.
- **A**. Atrofia en el músculo entre el dedo índice y el pulgar. Una mano sana debería tener un músculo prominente (el aductor pollicis) en el LI-4, el músculo del dorso de la mano que

sobresale un poco cuando el pulgar se acerca al dedo índice. En el Parkinson, este músculo suele estar *muy* atrofiado debido a la ausencia total del Qi.

- **A**. Temblor en el dedo índice. El dedo índice es, a menudo, uno de los primeros lugares en los que se produce un temblor evidente. Se produce en este lugar cuando el músculo aductor pollicis se vuelve prácticamente inútil debido a años de atrofia.

El temblor de la enfermedad de Parkinson idiopática es *impulsado* por lo que se denomina "estática" en el tálamo y el sacro del cerebro. El temblor *se manifiesta* en partes del cuerpo que se han vuelto muy débiles, disociadas o atrofiadas y que, por lo tanto, ya no están bajo control motor subconsciente.

- **A.+ P.** Falta de propiocepción en el/los dedo(s) y la mano. Al ponerse mangas largas, puede resultar imposible saber dónde está la mano cuando queda oculta a la vista dentro de la manga.
- **R.** Fenómeno de la rueda dentada (contracciones espasmódicas durante la rotación) en la muñeca. La "rueda dentada" se encuentra donde el canal del intestino grueso pasa por los músculos de la muñeca. Si el canal triple quemador adyacente, que circula en paralelo al canal del intestino grueso y se extiende por la parte posterior del brazo desde los dedos mayor y anular, también está inhibido o fluye en retroceso, el área de "rueda dentada" podría extenderse desde el punto donde el canal LI atraviesa la muñeca hasta el punto donde el canal triple quemador pasa por la muñeca (más o menos 2,5 cm en paralelo al canal LI) y se mueve *hacia* el costado del dedo meñique de la mano. En general, este fenómeno es peor en el LSAP.

Este síntoma es uno de los pocos puntos localizados que los neurólogos examinan cuando intentan diagnosticar el Parkinson. Saben que una persona con Parkinson puede presentar el fenómeno de la rueda dentada en la muñeca, pero según mi experiencia, no tienen ni idea de *qué* segmentos específicos de la rotación de la muñeca están rígidos en las personas con enfermedad de Parkinson, y desde luego no les han enseñado por qué.

- **A**. **+ R.** Micrografía: letra pequeña y amontonada. Esto se debe tanto a la rigidez en los músculos de la muñeca y el brazo como a la atrofia y entumecimiento en el LI-4, en los dedos índice y, muy a menudo, también en otros dedos.
- **R.** Rigidez en los músculos que se encuentran justo debajo del canal del intestino grueso, desde el LI-4 hasta la parte delantera del hombro. La rigidez de estos músculos empuja el antebrazo hacia arriba en posición de codo doblado y el cuello hacia delante.
- **R.** Inhibición del balanceo del brazo. Esto se debe a la rigidez de los músculos mencionados anteriormente y a la inhibición impulsada por la pausa del área de imaginación del movimiento en el cerebro.
- **R.** Dolor causado por la tensión y la rigidez en el músculo bíceps y/o en la parte delantera del hombro.
- **R.** Rigidez en los músculos del cuello que se encuentran justo debajo del canal del intestino grueso. Esta tensión empuja el cuello hacia delante y también comprime el seno carotídeo que regula la presión sanguínea, el cual se encuentra justo debajo de estos músculos.
- **A**. Ausencia de sonrisa. Al igual que el canal del estómago, el canal del intestino grueso suele cruzar sobre los labios y les suministra energía y percepción sensorial, pero en pausa, está ausente.

- **A.** Disminución del sentido del olfato. El Qi sano del canal del intestino grueso fluye por los costados de la nariz y ayuda a regular los senos paranasales y el sentido del olfato. En pausa, este Qi del canal está ausente.
- **A.** Seborrea a lo largo de los costados de la nariz debido a la ausencia crónica de Qi del canal del intestino grueso junto a la nariz mientras se está en el modo de pausa, lo que provoca una disminución de la circulación y, por lo tanto, un menor acceso del sistema inmunitario.

Descubrimiento inesperado

Allí me encontraba, caminando por el bosque mientras organizaba en mi mente todos los síntomas específicos de mis pacientes por ubicación. Me detuve cuando, de repente, visualicé un *mapa* de los síntomas del Parkinson. Todavía recuerdo el lugar exacto. Me encontraba en un tramo del sendero que atraviesa la ladera norte de la montaña. Estaba rodeada de secuoyas y helechos, que todavía estaban mojados por la lluvia de la mañana. El valle estaba a la sombra y en completo silencio. Me quedé allí parada, mirando mi mapa mental.

El ojo de mi mente estaba mirando un mapa del canal del estómago y un mapa del canal del intestino grueso. El cuerpo tiene una docena de canales principales más otros ocho canales, pero todos los síntomas *físicos* del Parkinson se daban solo en estos dos.

En mi mente, podía ver que la *mayoría* de los síntomas de mis pacientes se ubicaban en *uno solo* de los canales, el canal del estómago. Los pocos síntomas que no estaban en el canal del estómago estaban en el canal del intestino grueso.

Una vez más, los patrones de rigidez o de entumecimiento en áreas específicas se pondrán en marcha si el Qi está fluyendo en retroceso o está ausente, respectivamente. Los patrones del flujo del Qi que ya había percibido en el canal del estómago de mis pacientes explicaban *perfectamente* sus síntomas de enfermedad de Parkinson idiopática en la cara, el cuello, el torso, las piernas y los pies.

Los patrones del flujo en retroceso del Qi en la parte del canal del intestino grueso que pasa por los brazos también encajaban con los síntomas del Parkinson en los brazos.

Planteé la hipótesis de que, si el Qi del canal del estómago de una persona fluye en retroceso y está ausente, y si el Qi del canal LI fluye en retroceso y está ausente en ciertas partes de estos canales, su cuerpo terminaría *teniendo* síntomas exactamente iguales a los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

De repente, me surgió la idea de que tal vez no *necesitaba* células cerebrales muertas para explicar los síntomas del Parkinson. ¡Quizá el flujo extraño, en retroceso y/o ausente de estos dos canales podría explicar todos los síntomas de la EP!

Aun así, no estaba lista para dar el paso radical de ignorar por completo la teoría de las células dopaminérgicas muertas, a pesar de que esa teoría *nunca* había explicado la mayor parte de lo que los médicos veían en las personas con Parkinson.

Como ya he mencionado, una insuficiencia de dopamina debería causar pobreza de movimiento *en todo el cuerpo* (lentitud o inmovilidad y flaccidez), no laxitud en unos pocos puntos específicos de los pies y la cara. Más tarde, cuando los pacientes se recuperaron, descubrí que una insuficiencia de dopamina a corto plazo para la función motora hace que una persona esté *laxa*, no rígida, siempre y cuando los pensamientos de la persona estén de forma predominante en modo parasimpático.

De repente, me di cuenta de que los síntomas del Parkinson eran una expresión evidente de lo que estaba pasando eléctricamente. Los neurotransmisores podían o no tener algo que ver con que el canal del estómago funcionara en retroceso o estuviera ausente. Eso podía no importar en absoluto. En cambio, eran los comportamientos *eléctricos* del canal del estómago, en él y de él, los que *necesariamente* desencadenaban los *síntomas* del Parkinson, los cuales, sin importar la causa de fondo, eran impulsados, en su mayoría, por el sistema eléctrico subdérmico del cuerpo, no por los neurotransmisores.

Como comentario al margen, en la teoría médica china, se reconoce que la liberación de neurotransmisores se desencadena a raíz del patrón del flujo del Qi en un momento dado. Los sistemas físicos y estructurales del cuerpo son impulsados principalmente por el sistema del Qi, y no al revés.

A modo de analogía, las computadoras están impulsadas por los comportamientos eléctricos de sus discos duros. Estos comportamientos crean imágenes en la pantalla de la computadora, y no al revés. Las *imágenes* en el monitor (la pantalla) no determinan los circuitos del disco duro. Por supuesto, si se *toca* la pantalla, la estática de los dedos puede alterar las señales eléctricas del disco. Pero las imágenes en sí no le brindan información al software, sino que son creadas por él. Los controladores eléctricos del cuerpo, el "software", el Qi, direccionan los acontecimientos químicos y la fisiología del cuerpo, en constante cambio. [59]

Mis primeros pacientes con Parkinson tenían todos una lesión en el extremo del canal del estómago que pasa por el pie/tobillo. Cuando esta se curó, el Parkinson desapareció. Era evidente que no había ningún problema con las células dopaminérgicas muertas.

Llegué a la conclusión de que no solo se podía curar a todos los enfermos de Parkinson con solo sanar sus lesiones en los pies, ¡sino que incluso tenía sentido lógico! Desde luego, estaba equivocada.

Resulta que hay varias maneras de hacer que el Qi del canal del estómago circule en retroceso. Además, la lesión en el pie, en sí misma, no había sido el problema. El problema de fondo era que la persona se había disociado mentalmente de la lesión, de modo que esta se bloqueó y nunca se curó. *O*, como descubrí más adelante, tal vez la persona estaba atascada en una pausa, en una pausa autoinducida o en disociación autoinducida.

En aquel momento no lo entendía. *Sí* entendía que la modalidad de curación práctica que yo utilizaba funcionaba porque llevaba la atención del paciente al lugar de una lesión sin curar. *No* me daba cuenta de que la gente también puede quedarse atascada en el modo de pausa, lo que puede causar los mismos patrones de flujo del Qi que yo veía en mis pacientes con lesiones en los pies.

El canal del estómago puede circular en retroceso en respuesta a *muchos* desencadenantes. Todavía no lo sabía.

Me sentía muy incómoda con mi nueva hipótesis sobre el Parkinson. Sentía que aún tenía que abordar la famosa "falta de dopamina". En ese momento, no sabía que los

[59] El Dr. Michael Levin, a quien cité anteriormente en las páginas 6 y 160, se refiere a las redes bioeléctricas (vías del Qi) como "el software de la vida". Estas redes "toman las decisiones sobre los sistemas a gran escala". Estas redes determinan qué aspectos del ADN se expresarán y cómo se comportarán las células. "Todos los sistemas del cuerpo están integrados en un campo de información [eléctrica] que proviene de todas las otras células".

investigadores en los próximos años descubrirían que *no* había una falta significativa de dopamina, al menos no cuando se diagnosticaba a una persona por primera vez. Todavía no había leído las investigaciones que anunciaban que *ya* se había demostrado que la teoría de las células dopaminérgicas muertas era errónea.

Así que seguí reflexionando sobre cómo este comportamiento del canal del estómago podría afectar la cantidad de dopamina en el cerebro o quizá "matar" a esas células productoras de dopamina.

Comencé a observar qué más ocurría en los otros canales de mis pacientes a medida que los comportamientos de los canales cambiaban e incluso se invertían en respuesta a la recuperación y a la recuperación parcial. Empecé a observar los comportamientos de los canales en *todos* mis pacientes, no solo en los que tenían Parkinson.

La teoría de los canales no se enseña en las facultades

Como ya he mencionado, esto supuso un cambio drástico con respecto a la formación que había recibido en la facultad. La teoría de los canales es ilegal en China. Esto se reflejaba en el plan de estudios de todas las facultades de los EE. UU. cuando yo era estudiante. A nadie, en ningún lugar, se le enseñaba la teoría de los canales en las facultades, a pesar de que todavía podía desenterrarse de los viejos libros clásicos con traducciones arcaicas en lugar de las traducciones modernas aprobadas por el gobierno.

En mi caso, me topé con la teoría de los canales por mi cuenta, en parte porque siempre he sido capaz de sentir las corrientes del Qi de los canales en otras personas y en parte por mi trabajo con pacientes con Parkinson, en quienes me resultó obvio que las corrientes circulaban en retroceso. Siempre había dado por sentado que los demás también sentían esas corrientes. Cuando empecé a decirles a mis colegas que el canal del estómago circulaba en retroceso en mis pacientes con EP, todos me preguntaban: "¿Cómo te diste cuenta?" No les creí, al principio, cuando todos me aseguraron que nunca habían sentido nada moviéndose bajo la piel de sus pacientes.

Pero yo no era la única que hablaba del Qi. El difunto y célebre Dr. Wang Ju-Yi, una vez que estaba a salvo en los Estados Unidos, enseñó la teoría de los canales en clases de posgrado de formación continua para acupuntores. Tuve la suerte de reunirme varias veces con él en 2006. Cuando nos conocimos, tenía la esperanza de que me pudiera recomendar una facultad en China donde pudiera aprender más sobre este tema. Me explicó durante los almuerzos, con el brillante y simpático Jason Robinson como traductor, que la teoría de los canales era ilegal en China desde hacía mucho tiempo y que no tenía sentido que yo fuera allí. "Ya no te enviarán a la cárcel por apoyar la teoría de los canales. Pero no importa porque ya a nadie en China le *interesa* la teoría de canales".

¿No hay células dopaminérgicas muertas?

La recuperación de las personas con EP, en todos los casos, sin importar el tipo de EP que tuvieran, se correspondía con la finalización de los patrones de tipo pausa del Qi de los canales y la reanudación de la combinación normal y saludable de los patrones de los modos parasimpático y simpático. Debido a esto, poco a poco tuve la certeza de que, si exploraba los fenómenos del canal, terminaría llegando a una hipótesis bastante completa no *solo* de lo que ocurría en las personas con Parkinson, sino *también* de por qué algunas de las anormalidades eléctricas en el pie también *podían* provocar cambios cerebrales. Los cambios cerebrales incluían aquellos que podían estar relacionados con la inhibición de la

liberación de dopamina para la función motora *y* la inhibición de la liberación de dopamina para ciertas funciones mentales que están relacionadas con la personalidad parkinsoniana.

Por cierto, aún no sabía que el Qi del canal del estómago en retroceso también era característico del modo de *pausa*. Esto lo descubrí casi 15 años después, mientras intentaba averiguar por qué tantos pacientes se quedaban atascados en los extraños comportamientos de la recuperación parcial.

Ni siquiera sabía que estaba explorando un campo de la medicina china que tenía un nombre: teoría de los canales. Llegué a entenderlo algunos años después, tras conocer al doctor Wang. Luego, al repasar traducciones de libros chinos antiguos sobre medicina que antes no entendía, me di cuenta de que muchos de los pasajes "místicos" e incomprensibles eran referencias a la teoría de los canales y a las variaciones casi infinitas y en constante cambio de los comportamientos del Qi de los canales en los seres humanos, los comportamientos de *Se Mai*, las vías de la energía de las "ondas de luz", las vías de la energía eléctrica. Además, colegas cuyos conocimientos lingüísticos de chino, ya sean nativos o que habían aprendido el idioma, eran muy superiores a los míos me ayudaron generosamente en mi investigación.

Aunque no sabía todo esto en aquel momento en que me encontraba en el bosquecillo de secuoyas con neblina, en silencio y húmedo por la lluvia, contemplando una imagen mental de todos los síntomas de la enfermedad de Parkinson presentes a lo largo de los recorridos de solo dos canales, sentí que tal vez me había topado con algo relacionado con el Parkinson que debía compartir. Y eso hice.

Difusión de la información

Poco después de compartir este descubrimiento con algunos colegas, la revista *American Journal of Acupuncture* aceptó mi primer artículo. Entre 1972 y 2002, fue la revista de medicina asiática en inglés con revisión externa más leída y respetada del mundo. Era la única revista del campo que se consideraba lo suficientemente minuciosa como para que sus artículos se incluyeran en el motor de búsqueda de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. Mi extenso artículo sobre la hipótesis se dividió en dos y se publicó en los números de otoño de 1998 y primavera de 1999 (volúmenes 26 y 27).

La editora era brillante y me enseñó muchísimo. Me dijo que fuera despacio, con cautela, a pesar de mi entusiasmo. Me advirtió: "Si tienes *un* error en tus conclusiones, si una de tus notas al pie de página o citas es incorrecta, aunque *todo* el resto se pueda verificar, la gente se aferrará a ese error y nunca volverá a respetarte dentro de este campo. Hay mucho dinero detrás y por eso no quieren que tu hipótesis gane terreno. Tienes que ser capaz de respaldar cada palabra que publiques".

Al mismo tiempo, con mucha ayuda y el apoyo entusiasta de algunos colegas y de un paciente que era abogado y que sabía cómo fundar organizaciones sin fines de lucro, fundamos el Proyecto de recuperación del Parkinson, una organización sin fines de lucro dedicada a la difusión de información sobre la enfermedad de Parkinson desde la perspectiva de la medicina asiática. Puse en marcha un sitio web, PDrecovery.org, para preguntar si otros acupuntores o fisioterapeutas podían replicar mis resultados haciendo Yin Tui Na en las lesiones en los pies y los tobillos de las personas con enfermedad de Parkinson.

Como mencioné antes, *recibí* respuestas de acupuntores; algunos lograron que sus pacientes se recuperaran. Otros se vieron envueltos en las pesadillas y tragedias de trabajar

con pacientes que tomaban medicamentos contra el Parkinson. Otros tenían pacientes que desarrollaron síntomas de recuperación parcial.

Algunos días parecía como si cada correo electrónico nuevo en el que un profesional de la salud o un paciente compartía ideas contribuyera a la montaña rusa diaria de esperanza y consternación y también trajera nuevas preguntas. Desde entonces, la investigación ha continuado casi sin parar y ha generado la información que se expone en este libro en el año 2020 *y* la comprensión de que la mayoría de las personas con Parkinson, si reciben suficiente información, no necesitan trabajar con un profesional de la salud en absoluto. La mayoría de los acupuntores y fisioterapeutas no han estudiado lo suficiente en este campo desconocido de la teoría de los canales como para empezar a comprender las fuerzas en juego en las personas que padecen los diversos tipos de enfermedad de Parkinson. Si han llegado hasta aquí en este libro, ya saben mucho más sobre la teoría de los canales que la mayoría de los acupuntores de China o de occidente.

Pero no pasa nada. Para la mayoría de las personas con EP, la recuperación es más o menos una propuesta de "hágalo usted mismo" o "hágalo (haga Yin Tui Na) con un amigo".

Inicio del proceso de diagnóstico

Este capítulo sirve como punto de partida para el autodiagnóstico. Si creen que podrían padecer enfermedad de Parkinson, repasen la lista de síntomas y comprueben cuántos de ellos tienen. Si presentan algunos de los síntomas que se ubican a lo largo de los canales del estómago y/o del intestino grueso, aunque sean leves, es muy posible que padezcan enfermedad de Parkinson idiopática en fase inicial.

Por otra parte, si todos sus síntomas están agrupados en *un* solo lugar de los canales del estómago o del intestino grueso, y *especialmente* si ese lugar coincide con una lesión o cirugía reciente, es posible que no tengan Parkinson. Si todos sus síntomas se ubican en algún lugar que *no* sea el canal del estómago y/o del intestino grueso, y *no* tienen síntomas en estos canales, es muy probable que *no* tengan Parkinson, a pesar de lo que su médico pueda haberles dicho.

El proceso de diagnóstico se explicará con más detalle en el capítulo siguiente. De momento, haber leído este capítulo puede ayudarlos a empezar a pensar y a prestar más atención a lo que ocurre en sus cuerpos y *dónde*.

Capítulo quince

Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson

Este capítulo explica cómo hacer un diagnóstico preciso de la enfermedad de Parkinson idiopática. Antes de averiguar qué *tipo* de enfermedad de Parkinson tiene una persona, es importante determinar si realmente tiene Parkinson o no. Tras confirmar que la persona en cuestión *tiene* Parkinson, los dos capítulos *siguientes* ayudarán a determinar de qué *tipo* de Parkinson se trata.

Un diagnóstico occidental de Parkinson: los cuatro rasgos

Los médicos occidentales están entrenados para buscar cuatro rasgos físicos "cardinales" (principales) para hacer un diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. Estos son: pobreza de movimiento (disminución de la velocidad y la fuerza, y dificultad para iniciar el movimiento), rigidez, temblor e inestabilidad postural.

Para recibir un diagnóstico de enfermedad de Parkinson, una persona debe presentar síntomas en tres de los cuatro rasgos cardinales. Si una persona solo presenta síntomas en dos de los cuatro rasgos, le pueden diagnosticar Parkinson siempre que la inestabilidad postural no sea uno de los dos *y* presente los dos rasgos en más de una ubicación. Por ejemplo, si tiene rigidez en dos partes del cuerpo y lentitud y/o debilidad en dos aspectos de su movimiento, pero no temblor, aún le pueden diagnosticar enfermedad de Parkinson.

Aunque el público en general suele pensar en el temblor como el síntoma principal o definitivo del Parkinson, muchas personas con Parkinson *no* tienen temblor, pero sí rigidez y pobreza de movimiento. Y muchas personas que *sí* tienen temblor no padecen enfermedad de Parkinson.

Los cuatro rasgos

1) Pobreza de movimiento, a veces denominada "bradicinesia":

El término pobreza de movimiento incluye síntomas como lentitud, debilidad y atrofia, dificultad o incluso incapacidad para *iniciar* el movimiento, como pasar de no moverse a moverse, levantar el pie del suelo, levantarse de una silla o levantar los labios para sonreír. También puede incluir voz apagada, letra pequeña y amontonada (se denomina micrografía), y estreñimiento que no responde a los laxantes.

Desde los días del tratado de James Parkinson de 1817 sobre lo que él llamó la "parálisis temblorosa" hasta principios del siglo XXI, la frase "pobreza de movimiento" se ha utilizado para describir las muchas inhibiciones físicas de la enfermedad de Parkinson.

Desde principios del siglo XXI, a veces se utiliza el término bradicinesia en lugar de "pobreza de movimiento". Bradicinesia significa literalmente *lentitud* de los movimientos. Solo se refiere a la reducción de la *velocidad* de la función motora.

Sin duda, una persona que no entendía por qué se utilizaba originalmente la frase más descriptiva "pobreza de movimiento" obtuvo su doctorado o, al menos, consiguió que le publicaran un artículo cuando expuso el argumento de que la palabra "bradicinesia" era más moderna, más técnica o más derivada del griego y, por lo tanto, mejor. Llámenme

quisquillosa, pero yo sigo usando el término más amplio y *preciso* "pobreza de movimiento".

El término "acinesia", que significa literalmente "*ausencia* de movimiento", es aún más nuevo y moderno en el mundo del Parkinson (e incluso más inexacto) que el término bradicinesia. Algunos médicos ahora utilizan el término menos preciso "Parkinson acinético" para hacer referencia a las personas con una pobreza de movimiento significativa.

La EP acinética significa lo mismo que el Parkinson o la enfermedad de Parkinson idiopática, pero se centra en el aspecto de la pobreza de movimiento. Una persona que es evidente que tiene EP, pero no tiene temblor o este es solo un síntoma leve, podría recibir el diagnóstico de "Parkinson acinético", a pesar de que *pudiera* moverse, aunque sea de forma lenta. El tratamiento farmacológico y las expectativas para el "Parkinson acinético" son los mismos que para la enfermedad de Parkinson idiopática porque, a pesar de tener otro *nombre*, se trata del mismo síndrome.

2) Rigidez: este rasgo, también denominado dureza o tensión, suele evaluarse en función de la rotación de la muñeca del paciente mientras se percibe un movimiento de rueda dentada o "trinquete", en contraposición a un movimiento sano, fluido y circular en la rotación de la muñeca.

3) Temblor: el temblor del Parkinson suele ser un temblor "en reposo". El temblor en reposo aparece cuando la parte del cuerpo afectada *no* se está utilizando, es decir, está en reposo.

Al menos durante los *primeros* años de temblor, este puede cesar cuando se utiliza la parte del cuerpo afectada de manera activa. Muchas personas con EP notan primero un temblor intermitente en el dedo índice cuando este está en reposo. El dedo índice da golpecitos contra el pulgar, en un movimiento que se conoce como "contar monedas". Con el tiempo, el temblor puede estar activo en una parte del cuerpo incluso cuando esta se *está* moviendo. Además, aunque el movimiento de contar monedas es el lugar más habitual de inicio del temblor, *puede* comenzar en cualquier otro lugar. Además, independientemente de dónde *empiece*, al cabo de unos años o unas décadas, el temblor puede estar presente en *todas* las extremidades e incluso en la barbilla.

Incluso si el temblor inicial se localiza en una zona distinta del dedo índice, su comportamiento será similar al del temblor del dedo índice. El temblor es rítmico, se produce en zonas con atrofia muscular imperceptible y, al menos al principio, es un temblor *en reposo* suave e intermitente. Con el tiempo, pueden aumentar la duración y la intensidad del temblor. Podría empeorar momentáneamente aún más en respuesta al miedo o incluso a la anticipación del estrés. El temblor en reposo no requiere que todo el cuerpo esté en reposo, solo el grupo muscular en cuestión. Por ejemplo, las personas cuyo temblor de la EP empieza en la *pierna* pueden haberlo notado por primera vez al ponerse de pie delante de un grupo para dar una charla o leer un artículo. La persona está activa, en cierto sentido, pero *no* se están utilizando los músculos para *caminar*, es decir, la función de caminar de las piernas está "en reposo".

Las personas cuyos temblores aparecieron por primera vez en las piernas han tenido lesiones en la cadera u otros problemas, como tejido cicatricial que causa bloqueos en los canales de la *vesícula biliar*, *además* de tener bloqueos en los canales del estómago y/o estar en pausa. La lesión se puede tratar con Yin Tui Na, la cicatrización con acupuntura.

4) Inestabilidad postural: falta de equilibrio, lo que incluye caerse o caminar hacia atrás. Caminar hacia atrás cuando se intenta que el cuerpo camine hacia delante suele ser un síntoma de EP bastante *avanzada*. Sin embargo, las caídas frecuentes, a menudo atribuidas a la "torpeza", pueden ser un síntoma *incipiente* de Parkinson.

Las personas con EP no pueden moverse con la suficiente *rapidez* para realizar las innumerables y sutiles correcciones de equilibrio en la postura que hacen las personas sanas con cada paso o movimiento del torso. Esta creciente incapacidad para mantener el equilibrio de manera oportuna puede provocar caídas y tropiezos cada vez más frecuentes. Además, las personas con Parkinson se desvinculan somáticamente de sus movimientos físicos; esto significa que una persona puede *pensar* que está moviendo la pierna la distancia necesaria, cuando en realidad la pierna puede estar moviéndose mucho menos.

La caída asociada al Parkinson también puede incluir "marcha oscilante". Esto ocurre cuando de repente empieza a disminuir la longitud de la zancada cuando va por la mitad, pero la persona, que sigue caminando, tiene suficiente impulso hacia delante como para que su torso siga avanzando aunque sus piernas den pasos cada vez más pequeños. Finalmente, su torso y su centro de gravedad se han desplazado tanto hacia delante en relación con sus piernas que la persona cae de bruces. Si los movimientos de los brazos son lentos y/o rígidos, no es posible utilizarlos para protegerse la cara durante la caída.

La mayoría de las personas con Parkinson en *fase inicial no* experimentan marcha oscilante. Por el contrario, las caídas a causa de la pérdida de equilibrio y el arrastre de los pies debido a la incapacidad de levantar los pies del suelo por completo al dar pasos pueden aparecer al principio, quizá incluso *antes* del diagnóstico oficial de Parkinson.

Otro aspecto de la "inestabilidad postural" puede ser el mareo que una persona con presión arterial baja puede experimentar al ponerse de pie luego de haber estada sentada. Las personas con Parkinson, a menudo, tienen presión arterial baja. Si se ponen de pie muy bruscamente, pueden experimentar vértigo (mareo) y perder el equilibrio.

La "apariencia" característica de la enfermedad de Parkinson

Algunos médicos experimentados también están atentos a lo que se denomina la "apariencia del Parkinson" en la postura y/o en la cara para respaldar un diagnóstico de enfermedad de Parkinson. La "apariencia" *postural* puede incluir una tendencia a mantener la cabeza hacia delante con los hombros ligeramente elevados, lo que hace que la parte inferior de los lóbulos de las orejas esté más cerca de la *parte delantera* de los hombros. Los huesos del cuello pueden acabar desarrollando una curvatura inversa. Los hombros pueden estar ligeramente tirados *hacia delante* y levantados. La persona puede tener la cintura un poco doblada hacia delante. Los brazos pueden quedar torcidos a la altura de los codos, en lugar de colgar sin rigidez a los costados. Todos estos son aspectos de una posición fetal modificada, la posición de la pausa.

La "apariencia" *facial* de la EP, a veces, se denomina rostro inexpresivo o "máscara" facial. Esta puede desaparecer de forma temporal si la persona hace un esfuerzo consciente por sonreír. Puede incluir una imposibilidad de levantar los músculos de las mejillas, por lo que no se elevan las esquinas de la boca, y/o de levantar el labio superior cuando se intenta sonreír.

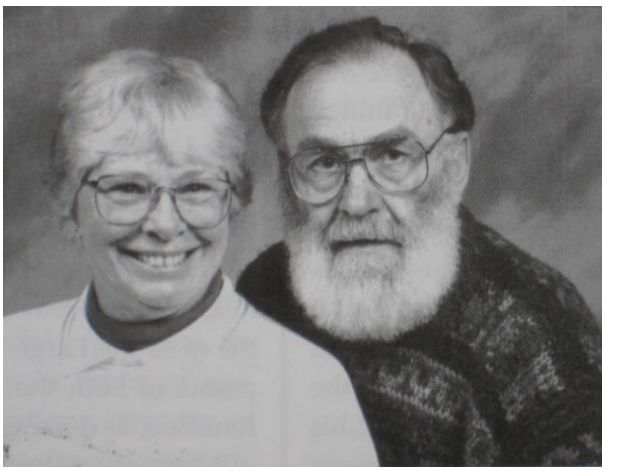
Al hacer un diagnóstico, algunos médicos *no* tienen en cuenta si una persona presenta o no algún aspecto de la "apariencia". Y algunos pacientes son capaces de ocultar

o anular temporalmente los síntomas que contribuyen a la apariencia mientras están en el consultorio del médico, momento en que entra en acción un nivel superior de comportamiento de emergencia (más norepinefrina).

La "apariencia" en sí misma *no* constituye una base para el diagnóstico de Parkinson. Por ejemplo, una persona con depresión grave que *no* tiene Parkinson puede presentar hombros caídos, postura encorvada y rostro inexpresivo. Y algunas personas con EP (por lo general, tipo II o III) *nunca* desarrollan una "apariencia" facial marcada. Por otra parte, en algunas personas con Parkinson, la pérdida de la sonrisa puede ser uno de los primeros síntomas, aunque es poco probable que una persona acuda a un neurólogo solo porque la gente de su entorno le diga cada vez más que sonría más.

Además de los cuatro rasgos cardinales y la apariencia, es posible que a un médico se le haya enseñado a detectar la falta de balanceo de los brazos o de coordinación entre el balanceo de los brazos y la zancada. Aunque un paciente sea *capaz* de mover los brazos de manera consciente, es posible que se detenga en cuanto deje de concentrarse en ello. Además, el paciente puede tener dificultades para coordinar el balanceo del brazo izquierdo con la zancada de la pierna derecha, y viceversa.

Fig. 15.1. El hombre que aparece en esta foto, a quien le diagnosticaron enfermedad de Parkinson idiopática 20 años antes, estaba lo más rebosante de alegría posible en este retrato que le tomaron para su tarjeta anual de Navidad.



Además de los largos surcos que van desde la nariz hasta los costados de la boca, tiene la cabeza inclinada hacia delante, lo que lleva los lóbulos de las orejas por delante de los hombros.

Era un ministro luterano jubilado. Cuando le diagnosticaron EP, sus padres se sintieron aliviados porque cuando su sonrisa que antes era radiante había desaparecido unos años antes, supusieron que había perdido la fe.

Cuando se enteraron de que su mirada monótona e inexpresiva era “tan solo” Parkinson, se sintieron aliviados.

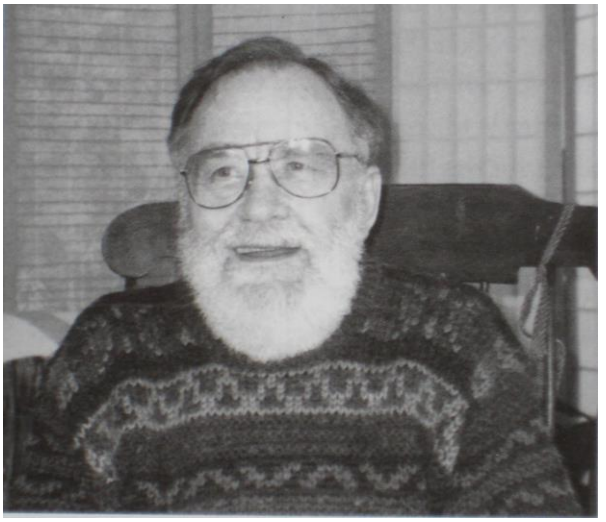


Fig. 15.2 En esta foto que se tomó 3 años después, luego de que se recuperara del Parkinson, los músculos de las mejillas sobresalen cuando sonríe. Las comisuras de los labios se elevan al sonreír, más a la derecha que a la izquierda. El párpado inferior derecho ya no está caído. Tiene el cuello más recto, de modo que los lóbulos de las orejas están más altos y más atrás en relación con la parte superior de los hombros.
(Se pidió autorización para usar las fotos)

Algunas otras cosas a las que un médico podría prestarle atención

Un médico también podría analizar la voz apagada del paciente o, si el paciente lo menciona, episodios de ahogo “espontáneo”. En el capítulo anterior, los síntomas marcados con una viñeta hueca señalaban aquellos que los médicos reconocen que están asociados con la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, la mayoría de estos síntomas, por lo general, *no* se usan para hacer el diagnóstico original. El diagnóstico se basa en *generalidades* sobre los cuatro rasgos cardinales. Una vez hecho el diagnóstico, si/cuando un paciente menciona alguno de los síntomas de las viñetas huecas, el médico puede decir: “Ah, sí. Ese síntoma a veces aparece en personas con Parkinson”.

No existe ninguna prueba diagnóstica

No existe ninguna prueba médica (análisis de laboratorio o gammagrafía cerebral) para diagnosticar la enfermedad de Parkinson.

A finales de los años noventa, los médicos esperaban que las nuevas gammagrafías cerebrales, como las PET y las SPECT funcionales, pudieran confirmar o descartar un diagnóstico de Parkinson. Estas exploraciones muestran la absorción de dopamina radiactiva. Se suponía que las personas con Parkinson tendrían una menor absorción de dopamina porque las células que la utilizan, al parecer, estaban muertas.

Sin embargo, las gammagrafías no dieron resultado para diagnosticar la EP. Muchos pacientes cuyos médicos estaban seguros de que padecían EP mostraban niveles normales de absorción de dopamina. Otras personas que estaban perfectamente sanas mostraban comportamientos de absorción de dopamina en el cerebro que parecían deficientes. *No* había una correlación coherente entre la observación de la absorción de dopamina en una gammagrafía cerebral y los síntomas físicos de Parkinson de una persona.

En 2011, DaTscan fue aprobada para las pruebas diagnósticas. Se trata de un tipo de gammagrafía SPECT en la que se inyecta un marcador radioactivo en el torrente

sanguíneo, el cual llega al cerebro. En el cerebro, las moléculas del marcador indican el nivel de moléculas *transportadoras* de dopamina que están activas en un momento dado. En síndromes como la EP, la atrofia multisistémica, la parálisis parasupranuclear y otras situaciones, incluido el coma de larga duración, aparecen *menos* moléculas transportadoras activas en las proximidades del cuerpo estriado. Sin embargo, esta prueba no confirma ni descarta el diagnóstico de enfermedad de Parkinson de por sí. Solo muestra si hay un cambio patológico en el número de moléculas transportadoras de dopamina que se liberan en el cerebro. En una persona con Parkinson, es probable que las moléculas transportadoras hayan estado presentes a un nivel muy reducido durante décadas, desde que el Qi de los canales empezó a funcionar en los patrones de pausa. Se *supone* que la liberación de moléculas transportadoras disminuye cuando una persona está en pausa.

Si una persona con algunos síntomas parecidos a los de la EP dice: "Me hicieron pruebas médicas para detectar el Parkinson y no lo tengo" o, por el contrario, "…y *sí* lo tengo", pueden darse dos situaciones: o bien no entiende que no existe una prueba definitiva para la EP o su médico lo engañó El diagnóstico de Parkinson de un médico es una *opinión*. No existe ninguna prueba *objetiva*.

Obviamente no es enfermedad de Parkinson

Muchas personas que solo experimentan rigidez, o solo temblores, han visitado un médico porque temían tener Parkinson, cuando es obvio para cualquier diagnosticador experimentado que esas personas *no* tienen EP.

En la mente del público, los temblores en particular se asocian con la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, pueden estar causados por muchos problemas de salud que *no* tienen nada que ver con la EP, o por medicamentos, o pueden tener un componente genético (temblor familiar).

La mayoría de los neurólogos están entrenados para detectar síntomas muy específicos, como el temblor en reposo como si se contaran monedas, el fenómeno de la rueda dentada en las muñecas, la lentitud motora y/o una voz débil. Sin embargo, debido a que muchos de estos síntomas pueden deberse a otros síndromes no relacionados con el Parkinson, los médicos pueden estar en desacuerdo entre ellos sobre si una persona determinada tiene o no en verdad enfermedad de Parkinson.

Como ya se mencionó en este libro, en el estudio Elldopa, seis especialistas en Parkinson examinaron a cada participante del estudio, y terminaron teniendo tan poca unanimidad en el diagnóstico que finalmente acordaron incluir en el estudio a aquellas personas a las que la *mitad* de los especialistas les dio un diagnóstico de EP.

Vaguedad de los cuatro rasgos cardinales

Como cualquier neurólogo sabe, muchos síndromes (conjunto de síntomas) tienen, al menos, dos de los cuatro rasgos y está *claro* que no son la enfermedad de Parkinson. Por ejemplo, muchas personas que han sufrido un ACV presentan tanto rigidez como pobreza de movimiento, pero *no* padecen enfermedad de Parkinson. Los cambios cerebrales provocados por un ACV suelen *poder* observarse con una gammagrafía cerebral. Cuando un neurólogo solicita una gammagrafía cerebral, lo hace para descartar un ACV o un tumor, no para confirmar la EP. Algunas personas con enfermedades cardíacas tienen temblores y problemas de equilibrio. No necesariamente tienen enfermedad de Parkinson.

Además, muchas personas con enfermedad de Parkinson *no* tienen temblores. Dependiendo de la bibliografía que se lea, el porcentaje de personas con EP que *no* tienen temblores oscila entre el 15 % y el 35 %.

Una vez más, no hay dos personas con EP que presenten los mismos síntomas ni que los desarrollen en la misma secuencia. Estas ambigüedades y la falta de una prueba objetiva pueden dificultar que un médico, basándose en la mera descripción de un libro, haga un diagnóstico certero de EP hasta que la enfermedad esté algo avanzada.

Lo que los médicos podrían pasar por alto fácilmente

1) Otras *ubicaciones* de la rigidez: aunque a los médicos se les enseña a observar, sobre todo, el "fenómeno de rueda dentada" en la muñeca, a pesar de que todavía no sea evidente, la rigidez puede ya estar presente en la incapacidad para girar el cuello de lado a lado, en la opresión torácica causada por la rigidez de determinados músculos del pecho y en la tensión de músculos *específicos* en los brazos y las piernas.

2) Temblor: algunos médicos que no son neurólogos ni especialistas en EP pueden pensar que el temblor del Parkinson es *solo* el temblor de los dedos índice y pulgar. Esto no es correcto. Aunque el temblor de la EP *puede* empezar en el dedo índice, también puede hacerlo en otros dedos, en el brazo, la pierna, el pie, la cadera o incluso la barbilla. Con el tiempo, puede manifestarse en *todas* estas áreas.

3) Dificultad para iniciar el movimiento y pobreza de movimiento: algunos pacientes, cuando se les pregunta sobre la dificultad para iniciar el movimiento, es probable que le digan al médico que no tienen este problema. Dicen esto porque han ideado trucos que les permiten "dar los primeros pasos".

Por ejemplo, una persona puede haberse enseñado astutamente a golpearse con fuerza en la pierna, lo que crea un momento fugaz de dolor y un comportamiento de "emergencia", cada vez que necesita levantarse cuando está sentada. Como se ha enseñado a sí misma este truco, le dirá con orgullo al médico que no tiene ninguna dificultad para iniciar el movimiento.

En la misma línea, una persona con Parkinson que tiene dificultades para levantarse de una silla puede decirle a su médico que no tiene ningún problema de movimiento porque *puede* subir las escaleras con facilidad, incluso de dos en dos escalones. Subir las escaleras activa una liberación a corto plazo del comportamiento del modo de emergencia en la mayoría de las personas con EP, por lo que aquellos que tienen problemas para atravesar una puerta sin reducir la velocidad o incluso detenerse podrían ser capaces de subir las escaleras de dos en dos escalones. Como puede hacer esto, un paciente, pensando en su "capacidad superior para subir escaleras" e ignorando su arrastre de pies o su dificultad para levantarse de una silla, le dirá al médico que no tiene problemas de movimiento. Por eso suele ser buena idea que el cónyuge o un amigo íntimo, si es que tiene, que *haya* visto todo el espectro de problemas de movimiento en casa, acompañe al paciente al consultorio del médico.

Recuerdo a un paciente que no padecía EP cuya lengua, pulso y otros criterios diagnósticos de la medicina china sugerían que estaba estreñido. En cada sesión, se le preguntaba: "¿Estás estreñido?" Él contestaba enérgicamente que no. Después de varias sesiones, cuando le volvieron a preguntar si estaba estreñido, dijo gritando: "¿Por qué

siempre me preguntas eso? Con todos los laxantes que tomo a diario, ¡es *imposible* que esté estreñido!" *Sin* los laxantes, sufría un estreñimiento grave y doloroso, pero no creía que tuviera que admitirlo ante un médico porque había encontrado una solución.

Del mismo modo, muchas personas con EP responden a las preguntas de sus médicos con respuestas que son engañosas y técnicamente correctas, pero que no ayudan al médico que está intentando hacer un diagnóstico.

Estos problemas de comunicación pueden surgir por varias razones: el paciente reticente en realidad no *quiere* hablar con el médico, pero su *cónyuge* ha concertado la cita de todos modos; los síntomas de la EP pueden minimizarse en el consultorio del médico porque el estrés de ser "examinado" o "juzgado" hace que se active el dominio de la norepinefrina de forma temporal, lo que enmascara muchos de los síntomas motores; o el paciente está intentando evitar un diagnóstico grave, por lo que no habla sobre sus síntomas, o incluso hace declaraciones engañosas.

Estas situaciones pueden hacer que el médico tenga que hacer más preguntas, pero solo obtiene respuestas con la verdad a medias.

Dado que no existen análisis de laboratorio para la EP, los médicos solo pueden hacer diagnósticos basados en lo que ven y en lo que les dicen sus pacientes. Los médicos no son videntes. Si los pacientes no son comunicativos, los médicos no pueden saber cuáles son realmente todos los síntomas y puede pasar por alto algunos puntos clave del diagnóstico.

La simetría es posible

Algunas personas con enfermedad de Parkinson tienen síntomas simétricos, es decir, iguales en el lado izquierdo y en el lado derecho. Un paciente que atendí tenía los síntomas de pobreza de movimientos y rigidez propios del Parkinson avanzado y su neurólogo le había dado el diagnóstico correcto de EP, a pesar de que *no* tenía temblores y sus síntomas eran bien simétricos.

El paciente y yo descubrimos que su EP se debía a lesiones simétricas en los pies. Veinte años antes, mientras se encontraba trabajado en una obra, se derrumbó el soporte que tenía debajo de él. Cayó tres pisos y aterrizó sobre ambos pies. Su supervisor se le acercó y le dijo: "Si denuncias esto como un accidente laboral, te despido".

Ambos pies y ambos tobillos estaban igual de comprimidos y rotos. Sus síntomas eran completamente simétricos. Tenía la "apariencia" clásica de la enfermedad de Parkinson, sin temblor. Tenía EP tipo II, causada por lesiones sin curar, que eran *simétricas*.

Hace poco, recibí un correo electrónico de otra persona con EP que tenía lesiones simétricas (quemaduras en ambos tobillos) y no experimentaba ningún temblor. Me envió un correo electrónico para decirme que se había recuperado, y mencionó su situación de simetría de lesiones/ausencia de temblor.

Si alguien quiere investigar más sobre la relación entre la simetría de las lesiones y la ausencia de temblor en la EP idiopática, esta podría ser una vía fructífera para seguir indagando.

Variabilidad: otro factor

En la mayoría de las personas con enfermedad de Parkinson idiopática, los síntomas varían. Esto quiere decir que son intermitentes y, por lo general, dependen del estado de ánimo, la actividad, la *previsión* de que se sentirán bien o mal, o incluso de la hora del día.

Los síntomas pueden empeorar cuando las personas están estresadas o ansiosas, y disminuir un poco cuando están relajadas o de vacaciones.

En contraposición, los síntomas de un ACV u otros tipos de daño cerebral pueden causar rigidez y/o pobreza de movimiento, *pero* estos síntomas *no* varían ni dependen de las previsiones. Los síntomas de ACV aparecen de repente. Los síntomas de la EP pueden aparecer de forma gradual, a lo largo de los años, pero durante un día su *intensidad* puede fluctuar de un minuto a otro y, sin duda, variará a lo largo del día.

Si uno o más de los síntomas que han observado mientras realizaban su evaluación varían a lo largo del día, esto aumenta la probabilidad de que padezcan enfermedad de Parkinson.

El giro cerebral

Un síntoma que aún no se ha mencionado puede aparecer, por lo general, una o varias veces, décadas antes de la aparición de la enfermedad de Parkinson. No todo el mundo tiene este síntoma, pero si recuerdan algo de este tipo, puede añadir más peso al diagnóstico de Parkinson.

Lo que yo llamo "el giro cerebral" es una situación en la que de repente uno comienza a percibir que todo a su alrededor tiembla o gira de manera violenta. Puede ser necesario agarrarse de un refrigerador o de una puerta que se encuentre cerca para no caerse. Se puede sentir como si pasara un torbellino por el *interior* de la cabeza. Incluso podría experimentarse una sensación de síncope breve.

En mi propio caso, tenía 17 años, gozaba de excelente salud, me había autoinducido una pausa hacía poco tiempo y me encontraba en el lavadero. La habitación comenzó a girar violentamente. Escuché un rugido dentro de la cabeza. Me agarré de los costados de la lavadora con todas mis fuerzas. Un momento después, me encontraba bien, pero jamás me olvidé de esa experiencia.

Sospecho que este suceso ocurre cuando el Qi del canal del estómago que se acumula en el ST-8 en la frente finalmente retoma su recorrido normal y entra en cortocircuito con el canal cercano de la vesícula biliar. Si este cortocircuito solo se produce en un lado del cuerpo, el LSAP, la poderosa asimetría introducida en el sistema cerebral podría ser capaz de crear la sensación de giro dentro de la cabeza, que es lo que sentí.

Muchos de mis pacientes recuerdan uno o unos pocos incidentes fugaces como este. Hay variaciones, por supuesto. Un paciente de mediana edad con EP recuerda que, cuando tenía unos 20 años, tuvo varios incidentes. Antes de cada uno de los eventos, había sentido un sabor metálico en la boca. Los describió como "una sensación de mareo… como si mi mente/espíritu/alma estuviera tratando de salir flotando de mi cuerpo. Duraban unos 15 segundos y, a veces, se sentía como si llegaran en oleadas. Me sucedió unas tres veces en un período de seis meses".

El sabor metálico en la boca puede ser provocado por el canal del estómago que fluye en retroceso. Algunas personas sienten el mismo sabor extraño en la boca cuando el canal del estómago fluye en retroceso justo antes de vomitar. La sensación de "salirse del cuerpo" suele producirse por un bloqueo en la nuca, que obstruye el canal Du, que fluye hacia arriba, y los canales UB, que fluyen hacia abajo. Todos estos comportamientos del canal pueden ocurrir durante la pausa, o cuando la corriente que fluye en retroceso debido a una lesión (pseudopausa) por fin acumula suficiente impulso para poner en movimiento estas variaciones del Qi del tipo pausa.

Otro paciente mayor, cuando tenía unos 20 años, se encontraba andando en bicicleta por un camino rural cuando tuvo un giro cerebral y sintió como si hubiera perdido el conocimiento momentáneamente. Cuando se recuperó, se dio cuenta de que había avanzado una distancia *considerable* por la carretera, pero no recordaba bien cómo había llegado hasta allí. Nunca le había contado a nadie aquel episodio tan memorable. Se decía a sí mismo, en broma, que lo "habían secuestrado los alienígenas".

Ninguno de mis pacientes le había contado nunca a nadie sus extraños episodios de giro cerebral, en los que el cerebro o la conciencia parecían "desquiciarse" brevemente.

Si recuerdan un episodio de este tipo, aunque haya sucedido años o décadas antes de la aparición de sus síntomas evidentes de Parkinson, podría ayudar a dar aún más certeza a sus diagnósticos de EP.

Palpar los canales: la prueba de ácido

Para consolidar realmente sus diagnósticos, pídanle a un amigo que aprenda a palpar el Qi de los canales. En el primer capítulo de *Tracking the Dragon*, que se puede descargar de forma gratuita, se enseña cómo hacerlo. La mayoría de la gente puede empezar a sentir estas corrientes durante un taller de todo un día. En promedio, las personas pueden llegar a ser muy buenas para detectar incluso patrones sutiles de flujo del Qi de los canales después de unas 20 horas de práctica. Muchos de mis estudiantes de acupuntura han sido capaces de percibir patrones de flujo del Qi de los canales en tan solo unas horas, aunque tienden a no confiar en lo que sienten hasta que llevan practicándolo varias semanas.

Si una persona tiene Parkinson, aunque los síntomas todavía sean muy leves e intermitentes, el canal del estómago en la parte superior e inferior de las piernas fluirá en retroceso y se moverá rápidamente de un lado a otro o será imperceptible. Todas estas manifestaciones de flujo anómalo del Qi de los canales se consideran variantes del "flujo en retroceso". El flujo del Qi del canal del estómago sobre la cara puede estar ausente al menos en un lado de la cara, donde aparecieron los síntomas por primera vez. Este estará ausente desde ST-42, en la parte superior central del pie, hasta el segundo y el tercer dedo del pie. Estos patrones del Qi de los canales pueden producirse en personas con pre-Parkinson incluso si los *síntomas* de EP se encuentran todavía en una fase muy incipiente *o* si aún no hay *ningún* síntoma de EP reconocido por los médicos.

El canal Ren puede ser difícil de detectar si una persona está nerviosa por los resultados de la prueba del Qi, por lo que se puede ignorar el comportamiento del canal Ren en términos de diagnóstico. Por otro lado, *si* el canal Ren fluye con perfecta normalidad hasta el labio inferior, sin duda se puede descartar la enfermedad de Parkinson tipo I y tipo IV, aunque alguno de los otros dos tipos podría estar presente.

Por último, en la *mayoría* de las personas con Parkinson, es *probable* que el canal Du esté quieto o se mueva rápidamente hacia delante y hacia atrás. Incluso si el paciente puede visualizar que la parte del canal Du que pasa por el *torso* está fluyendo o si un amigo puede percibirlo, este querrá detenerse en la base del cuello, justo por encima del Du-14. En la *mayoría* de los casos de Parkinson, el canal Du *no* fluye hacia el cuello y la cabeza, a menos que el paciente haga un esfuerzo para que así sea temporalmente.

Las *excepciones* a las variaciones anteriores del canal Du podrían darse en el 5 % o el 6 % de las personas con Parkinson *solo* tipo II o *solo* tipo III. Si una persona tiene el número necesario de síntomas físicos de Parkinson para que se le diagnostique EP y el Qi del canal del estómago fluye en retroceso, *pero* el flujo del canal Du es *normal*, es probable

que sus síntomas de Parkinson se deban a una lesión sin curar, a una intervención quirúrgica o a cicatrices (el tejido cicatricial no es conductor), que han creado un bloqueo en el recorrido del canal del estómago. Esto se analiza en profundidad en el capítulo diecisiete.

Cómo descartar el parkinsonismo provocado por medicamentos y toxinas

En la enfermedad de Parkinson, el Qi de los canales fluye en los patrones del modo de pausa. Esto no se da en el parkinsonismo provocado por medicamentos y/o toxinas. Es posible tener *tanto* enfermedad de Parkinson idiopática como parkinsonismo provocado por medicamentos o toxinas. En este caso, los canales de la persona *circularán* en los patrones de pausa.

La mayoría de las personas que padecen enfermedad de Parkinson idiopática tienen síntomas cuya intensidad varía *notablemente* a lo largo del día, o incluso aparecen y desaparecen. Los síntomas pueden aparecer o intensificarse cuando una persona realiza actividades en las siente que se la está juzgando u observando. Por ejemplo, los síntomas pueden empeorar bastante al hablar o comer en público. Por el contrario, los síntomas pueden disminuir en gran medida o incluso detenerse temporalmente mientras una persona está de vacaciones. Pueden desaparecer por completo al cantar, bailar o hacer algo que se considere "bueno". Los síntomas pueden disminuir por un momento al realizar alguna actividad que genere una breve ráfaga de "comportamiento de emergencia", como subir escaleras.

Observen si sus síntomas varían o no dependiendo del estado de ánimo o la actividad. Si *no* varían, si son bastante *estables* y *constantes* a lo largo de un día determinado, aunque su gravedad aumente con el paso de los meses y los años, es poco probable que el problema sea EP. *Podría* ser un daño cerebral: parkinsonismo provocado por medicamentos o toxinas, o posiblemente un ACV, atrofia multisistémica, parálisis parasupranuclear o algún otro síndrome, pero *no* enfermedad de Parkinson idiopática. Si los síntomas aparecieron casi de la noche a la mañana tras la exposición a medicamentos o toxinas, es muy probable que el problema sea parkinsonismo provocado por medicamentos o toxinas, no enfermedad de Parkinson. Sin embargo, lo contrario no es cierto: una persona *puede* desarrollar parkinsonismo provocado por medicamentos o toxinas años, incluso décadas, después de la exposición.

Muchos de los medicamentos de venta con receta para la depresión y la ansiedad y las drogas ilegales, como la metanfetamina, pueden causar parkinsonismo "tardío" (de aparición diferida) muchos años después de la exposición al medicamento, incluso si su uso duró poco tiempo y/o se interrumpió muchos años antes. También se ha demostrado que los medicamentos antiparkinsonianos dopaminérgicos causan parkinsonismo tardío provocado por medicamentos. Si leen con detenimiento la lista de efectos adversos, ya sea en el prospecto impreso que viene con muchos medicamentos *o* en internet al hacer una búsqueda de "efectos adversos" más el nombre de su medicamento, descubrirán que el temblor tardío y otros síntomas tardíos de parkinsonismo pueden ser efectos adversos de muchos medicamentos que alteran el estado de ánimo, incluidos los medicamentos antiparkinsonianos dopaminérgicos.

Si los síntomas varían en función de los pensamientos, el estado de ánimo o la hora del día, aunque no sea en gran medida, la persona podría padecer cualquiera de los cuatro tipos de enfermedad de Parkinson. Cuanto *más varíen* los síntomas en función del estado de ánimo y las circunstancias, *más* probable es que la persona padezca EP tipo I.

Si las *variaciones* en la aparición o la intensidad de los síntomas se producen en el transcurso de un día o a lo largo de varios días, es probable que la persona *no* tenga *solo* parkinsonismo provocado por medicamentos o toxinas, con énfasis en la palabra "solo". Pero si tiene antecedentes de exposición a medicamentos o toxinas y sus síntomas son variables, siempre existe la *posibilidad* de que padezca *tanto* parkinsonismo como enfermedad de Parkinson.

En una fase muy inicial de la enfermedad de Parkinson idiopática, los síntomas pueden ser insignificantes y *muy* variables, e incluso desaparecer durante horas o días. Mientras se encontraban en esta fase inicial, muchos pacientes me han dicho algo como "No pasa nada si no me recupero de la enfermedad de Parkinson, mis síntomas son muy leves" o "…son muy intermitentes". Estas personas no entienden que casi siempre la EP comienza con síntomas bastante leves. Sin embargo, si una persona *no* se recupera, los síntomas *empeorarán* con el tiempo y, con el tiempo, pueden llegar a ser bastante graves, en especial, en momentos de estrés físico, mental o emocional. En algún momento, la gravedad de los síntomas puede convertirse en sí misma en una fuente importante de estrés emocional, de modo que se inicia una espiral de empeoramiento de los síntomas. Aun así, en estos casos, la persona puede notar que los síntomas disminuyen cuando se va de vacaciones, cuando vienen a visitarla sus seres queridos o cuando se relaja al final del día.

Observar si una persona presenta o no variaciones significativas de los síntomas según el estado de ánimo y las emociones se utiliza principalmente para descartar *solo* casos de parkinsonismo provocado por medicamentos y toxinas. Repito, una persona puede tener tanto EP idiopática *como* parkinsonismo.

Como comentario al margen, si una persona está tomando medicamentos antiparkinsonianos, no servirá de nada controlar las variaciones diarias de sus síntomas en términos de diagnóstico. Si quiere determinar si realmente padecía EP antes de empezar a tomar los medicamentos, tendrá que intentar recordar si sus síntomas presentaban variaciones en función del estado de ánimo o de la situación antes de empezar a tomarlos. *Desde* que los empezó a tomar, es probable que tenga parkinsonismo provocado por medicamentos. Es posible que los síntomas ahora sean bastante variables a lo largo del día, pero eso podría ser una respuesta al horario en que se toman las dosis.

Algunos ejemplos de medicamentos y toxinas que pueden causar parkinsonismo

La metanfetamina es una de las drogas que pueden generar daños cerebrales con apenas unos pocos usos, los cuales pueden causar síntomas de parkinsonismo provocado por medicamentos muchos años, o incluso muchas décadas, después. Por ejemplo, durante la Segunda Guerra Mundial, se exigía a los pilotos estadounidenses que tomen metanfetamina para poder mantenerse despiertos durante períodos sobrehumanos. Un amigo mío que es médico y trabaja con veteranos del ejército estadounidense me dijo que, antes de la década de 1990, los veteranos con los que trabajaba presentaban las mismas cifras bajas *per cápita* de enfermedad de Parkinson que los estadounidenses de edad avanzada. Sin embargo, a medida que los expilotos de la Segunda Guerra Mundial que atendía se acercaban a los 70 años, casi *todos* desarrollaron temblores y otros síntomas de parkinsonismo. Fueron ellos quienes le contaron que habían tenido que tomar metanfetamina para mantenerse despiertos durante las largas horas de vuelo durante la guerra. Sus daños cerebrales aparecieron casi 50 años después.

El Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) reconoció oficialmente que el Agente naranja, un defoliante que se utilizó en la guerra de Vietnam, causa enfermedad de Parkinson tardía. En realidad, esto no es así. Causa parkinsonismo tardío provocado por toxinas.

En la actualidad, los tratamientos para la EP idiopática y el parkinsonismo provocado por toxinas son exactamente los mismos (medicamentos dopaminérgicos), así que no importa cómo lo llame el VA, según los médicos que los recetan. No obstante, cuando los médicos empiecen a aceptar que la enfermedad de Parkinson idiopática es una afección que se puede tratar, tendrán que ser más prudentes y diferenciar entre la EP idiopática y el parkinsonismo provocado por toxinas.

Parkinsonismo psicógeno

Hay que mencionar otro tipo de parkinsonismo: el psicógeno. Algunas personas, en respuesta a un choque emocional terrible, como la muerte inesperada de un ser querido, manifiestan de repente todos los síntomas de la enfermedad de Parkinson moderadamente avanzada: rigidez, voz débil, pobreza de movimiento e incluso temblor. En estos casos, la fisiología de la persona ha entrado en un grado alto de modo de pausa. Esto es fisiológicamente adecuado si la persona está muy traumatizada. Si se siente tan desestabilizada que su cuerpo responde como si estuviera al borde de una muerte inminente, es posible que muestre síntomas de pausa de inmediato o a los pocos días. *Sin embargo*, a diferencia de las personas con enfermedad de Parkinson idiopática, aquellas que experimentan síntomas *evidentes* de pausa por parkinsonismo psicógeno *no* se valen del dominio de la norepinefrina. Si esto no está presente, los síntomas de la pausa debido al trauma físico o emocional se harán evidentes *de inmediato*.

Dado que estos síntomas se asemejan a los del Parkinson, pero acaban desapareciendo por sí solos, en unos días o unos meses, este síndrome se denomina Parkinson "psicógeno", una forma amable de expresar la burlona opinión médica de que "si desaparece, entonces no era realmente Parkinson, era producto de tu imaginación", o incluso, "todo fue una actuación".

El hecho es que la *mayoría* de los casos de enfermedad de Parkinson idiopática comienzan en la mente y son el resultado de una decisión. Son genuinamente "psicógenos".

La EP tipo I autoinducida, el tipo más común, se produce a raíz de que la persona ha decido, a menudo por muy buenas razones, que está más segura o mejor si se ordena a sí misma sentirse entumecida, lo que provoca que se comporte como si estuviera al borde de una muerte inminente o como si debiera hacerle frente a un choque emocional fuerte En estos casos, los síntomas de la pausa *no* aparecen de inmediato porque la inmovilidad de la pausa se ha contrarrestado con una orden mental enérgica que activa el dominio de la norepinefrina: un esfuerzo puramente *psicológico*, un ejemplo de "espíritu sobre la materia".

Resulta irónico que lo que los médicos llaman parkinsonismo psicógeno es una forma de Parkinson que *no* se debe a nada psicológico. Está relacionado con la EP tipo IV, un auténtico modo de pausa biológica, una respuesta biológica y *automática* a un trauma que desestabiliza el cuerpo y pone en peligro la vida.

La única diferencia entre la EP tipo IV y el llamado "parkinsonismo psicógeno" es que el tipo IV *no* desaparece por sí solo. La EP tipo IV, al igual que los otros tres tipos de EP, se considera "real" y no psicógena porque *no* desaparece por sí sola. Irónicamente, si el

caso de modo de pausa de un paciente *desaparece* por sí solo, como se *supone* que debe suceder cuando el riesgo de muerte inminente ha pasado, se descarta como "parkinsonismo psicógeno" y se considera un caso mental.

En la EP tipo IV, la persona ha estado utilizando un potente dominio de la norepinefrina para seguir adelante. Sus síntomas de EP solo aparecen cuando disminuye ese dominio.

Una vez más, el parkinsonismo psicógeno se desencadena por un choque o trauma grave que *no* se modifica con un dominio de la norepinefrina, de ahí los síntomas inmediatos y evidentes del modo de pausa.

Cómo hacer un autodiagnóstico

Primero, repasen la lista de síntomas del capítulo anterior. Les sugiero que lo hagan con un amigo o su cónyuge.

Muchos pacientes me han asegurado que no tienen un determinado síntoma, como voz apagada o una reducción del tono muscular facial, y luego los cónyuges que los acompañan a la consulta los contradicen y dicen: "¡En realidad, sí!"

Por ejemplo, muchos pacientes me han dicho que sus compañeros de trabajo siempre los ignoran o parecen tener problemas de audición. Los cónyuges intervienen y comentan: "*Ellos* escuchan bien. *Tú* nunca hablas fuerte y por eso todos te están preguntando siempre: '¿Qué?' "

Puede que una persona no sea consciente de que tiene el ceño fruncido porque cada vez que se mira al espejo hace un esfuerzo especial y temporal para sonreír.

Muchos pacientes me han dicho que probablemente tienen parkinsonismo provocado por medicamentos o toxinas y que no quieren esforzarse por recuperarse debido a que pintaron/barnizaron mucho cuando eran más jóvenes o trabajaron con disolventes. Los cónyuges, en general, respondían: "De ninguna manera. ¡Tienes el Parkinson tipo I *clásico*!"

Así que, si tienen dudas, créanle a su cónyuge o a su amigo. A menudo, son mejores observadores que el paciente.

Hagan una lista personalizada de sus síntomas exactos.

Una vez que hayan marcado los síntomas del capítulo catorce que les parecieron familiares, hagan una lista.

A continuación, añadan detalles. Sean muy específicos. Por ejemplo, si tienen problemas para sostener una cuchara con la mano *derecha*, escríbanlo en sus listas. Si se manchan la camisa con comida y/o líquidos, escríbanlo. Incluyan en sus listas las situaciones que parecen hacer que sus síntomas disminuyan o empeoren. Incluyan cualquiera de sus comportamientos emocionales y mentales que puedan ser significativos, o que puedan parecer un poco fuera de lo habitual. El objetivo es crear una imagen tan completa como sea posible de sus casos.

Esta lista puede ser *muy* importante cuando empiecen a recuperarse.

En el futuro, es muy probable que su médico y sus familiares y amigos se centren en uno o dos de sus síntomas más *visibles*, por lo general, el temblor y el arrastre de un pie, un brazo doblado o algo por el estilo. Se negarán a contemplar siquiera que algunos de sus síntomas están disminuyendo y que 10 o 20 de sus síntomas han desaparecido por completo, porque 1) se fijarán en una o dos cosas que aún no se han curado por completo y 2) nunca

se dieron cuenta o no notaron la *mayoría* de sus síntomas, incluido cómo se sentían o no podían sentirse por dentro.

Sus listas los ayudarán a lidiar con su negatividad durante su recuperación. En este período, la duda puede ser una fuerza *poderosa*. Esta estimula los lados del cerebro y disminuye el flujo de energía a través del centro del cerebro: reduce la cantidad de dopamina para la función motora. Es un patrón en espiral que no necesitan cuando están esforzándose por cambiar sus propios hábitos mentales.

Si tienen una lista exhaustiva de sus síntomas de EP y son capaces de empezar a tachar algunos de ellos y añadir elementos nuevos como "¡Puedo sentir los dedos de los pies, y ni siquiera sabía que estaban entumecidos!", esto puede representar un gran apoyo emocional para ustedes y para los nuevos hábitos cerebrales de pensamiento positivo que están esforzándose por desarrollar.

La gente *no* notará que se sienten más ligeros por dentro, que se dan la vuelta con más facilidad en la cama, que han recuperado el sentido del olfato o que han vuelto a percibir sensaciones en los dedos de los pies. *No* les parecerá significativo que sonrían con más facilidad, simplemente supondrán que, al fin, están de mejor humor y *no* les parece que tenga *nada* que ver con el Parkinson.

No solo sus médicos, amigos y familiares pueden empujarlos sin querer hacia una mentalidad negativa con sus comentarios como: "Sigues arrastrando el pie, así que es obvio que *no* estás mejorando", sino que ustedes mismos, sus propias mentes, se sentirán atraídos todo el tiempo por la cómoda familiaridad de decir: "No me estoy recuperando, solo me estoy engañando a mí mismo".

Una persona puede desarrollar un poderoso hábito mental de duda durante los años en que está en pausa. Incluso después de que la pausa se desactive, es posible que los *hábitos* mentales de la pausa, las *conexiones cerebrales* reforzadas que han creado que apoyan el pensamiento negativo, todavía estén bien arraigados. Puede que se necesiten meses, quizá años, de reentrenamiento para que sus hábitos cerebrales se vuelvan a orientar firmemente hacia algo más cercano al rango de actitudes positivas normales. Durante la recuperación, es muy común dudar de que esta sea real, debido al hábito mental de larga data de ser negativo y escéptico.

Sus listas serán sus aliadas. Aunque sigan arrastrando el pie izquierdo, verán que han tachado una decena de síntomas, sensaciones o falta de sensaciones que les provocaba la pausa. Estos pequeños síntomas de recuperación pueden ayudarlos a mantener una actitud positiva, lo que, a su vez, contribuirá a aumentar su carga de dopamina y a acelerar otros síntomas de recuperación.

Hagan una lista lo más completa y detallada posible.

¿Tienen enfermedad de Parkinson?

Momento de evaluación

Con sus listas, comprueben si tienen al menos tres de los síntomas de rigidez que se describen en el capítulo catorce y si están presentes en partes *diferentes* del cuerpo. Verifiquen si tienen dos, o mejor aún tres, de los síntomas de pobreza de movimiento del capítulo catorce, también en partes diferentes del cuerpo. Observen si tienen síntomas de tres de los cuatro rasgos cardinales, o al menos síntomas de dos categorías, en varias ubicaciones, aunque no tengan inestabilidad postural.

Expansión de lo anterior

Si tienen dificultad para girar la cabeza hacia un lado con facilidad, sienten opresión en el pecho cuando mantienen los brazos levantados durante más de unos segundos, y los músculos de los costados de la parte externa de las piernas se sienten duros o "raros" cuando reposan después de haber estado mucho tiempo de pie, esos serían tres síntomas de rigidez en tres partes *diferentes* del cuerpo.

Si notan que uno de los ojos está apenas más abierto que el otro porque el párpado inferior está más bajo, y la gente les ha estado diciendo que sonrían más, esos serían dos síntomas de pobreza de movimiento. La propensión a babear es otro síntoma de pobreza de movimiento, pero estos tres síntomas se dan en la cara, y los tres pueden ser consecuencia de un ACV o algún otro problema neurológico que afecte a la cara. Pero si tienen más síntomas de pobreza de movimiento, por ejemplo, en los pies, como alteración de los vasos sanguíneos en los pies o pies caídos de vez en cuando, calambres frecuentes en los pies que empujan los dedos hacia abajo, incapacidad para separar el segundo y/o el tercer dedo (medio) del pie del lado que primero se vio afectado, *lentitud* al caminar, o dificultad para coordinar el balanceo del brazo y la zancada de la pierna, entonces tienen síntomas de pobreza de movimiento tanto en la cara como en los pies (en partes *diferentes* del cuerpo).

1) Si tienen tres o más síntomas de rigidez *y* tres o más síntomas de pobreza de movimiento como los que se describieron en el capítulo catorce y se dan en partes diferentes del cuerpo, lo más probable es que padezcan enfermedad de Parkinson.

2) Si también tienen temblor rítmico en reposo a lo largo del canal del estómago, el canal del intestino grueso y, a veces, en los canales adyacentes de la vesícula biliar o triple quemador, o en la barbilla (el canal Ren), un temblor intermitente o que, en la EP avanzada, varía en intensidad en respuesta a las emociones, es muy probable que tengan enfermedad de Parkinson.

3) Si, además de lo anterior, también han tenido episodios de tropiezos, caídas o "torpeza" en todo el cuerpo, lo más probable es que padezcan enfermedad de Parkinson.

4) Si, aparte de los síntomas anteriores, han tenido episodios de marcha oscilante o de caminata hacia atrás, pueden estar seguros de que se trata de EP, según la concepción *occidental* de la enfermedad de Parkinson.

5) Si, además de tener dos de los tres primeros síntomas anteriores, sus síntomas varían a lo largo del día o varios días y/o si recuerdan un evento de giro cerebral, pueden tener aún más certeza de que se trata de Parkinson, según una concepción del Parkinson más amplia que la occidental *tradicional*.

6) Si han respondido afirmativamente a dos de las tres primeras preguntas anteriores *y* sus canales se mueven según los patrones de pausa, pueden estar seguros de que padecen enfermedad de Parkinson, según la concepción occidental de la EP *y* la concepción mucho más objetiva de la EP según la teoría de los canales.

¿*No* tienen Parkinson?

Si todos sus síntomas se encuentran en un mismo lugar, por ejemplo, si su brazo no se balancea y *todos* los demás síntomas, incluido el temblor, si es que está presente, también se encuentran en ese brazo, o si no pueden doblar la rodilla después de una operación de rodilla y *todos* los demás síntomas también se encuentran en la pierna operada, es probable que NO padezcan enfermedad de Parkinson, sin importar lo que les haya dicho su médico.

Si su médico les diagnosticó EP basándose en los síntomas de una sola parte del cuerpo o incluso de dos partes del cuerpo que se vieron afectadas durante una lesión, un ACV o una intervención quirúrgica, consulten a otro médico e infórmenle que todos los síntomas empezaron después de una lesión, un ACV o una intervención quirúrgica.

Si su temblor comenzó muy poco después de empezar a tomar un nuevo medicamento y en el prospecto de ese medicamento figura el temblor como posible efecto adverso, y el médico les dijo que seguro tenían enfermedad de Parkinson de "aparición repentina", consulten a otro médico, uno que trabaje en *otra* institución e infórmenle al nuevo médico que *todos* los síntomas comenzaron después de empezar a tomar el nuevo medicamento. El mismo consejo es válido si *ninguno* de sus síntomas se encuentra en los canales del estómago o el intestino grueso.

NO le digan al segundo médico que le han diagnosticado EP. En la medicina occidental, tenemos una larga tradición médica según la cual se supone que un segundo médico no debe contradecir al anterior. Incluso si el primer diagnóstico es terriblemente erróneo, un segundo médico dudará mucho en contradecir al primero, a menos que el primero haya expresado una auténtica incertidumbre y *de verdad* desee una segunda opinión (algo poco frecuente).

Cuéntenle a su segundo médico sus síntomas *y* cualquier información pertinente, como una lesión, una intervención quirúrgica o un nuevo medicamento que hayan tomado *inmediatamente* antes de la aparición de los síntomas, pero *no* mencionen que les han diagnosticado enfermedad de Parkinson.

Si tienen muchos síntomas de pobreza de movimiento, rigidez, temblor y quizás algunos problemas de equilibrio, *pero* sus canales del estómago, Du y Ren circulan de forma saludable incluso cuando sus amigos los ponen a prueba diciéndoles algo alarmante como "¡Estos canales son un desastre!" *y* si pueden *imaginarse* escenarios positivos y, en especial, si pueden *sentir* el Qi de su canal Du moviéndose sin problemas hacia el cuello y la cabeza, es casi seguro que *no* tienen ninguno de los cuatro tipos de enfermedad de Parkinson idiopática. Podrían tener parkinsonismo provocado por medicamentos o toxinas o algún otro síndrome sin relación aparente con la enfermedad de Parkinson.

Si el Qi de sus canales fluye de manera correcta y enérgica en las partes de sus cuerpos que presentan el temblor, entonces *no* se trata del temblor de la enfermedad de Parkinson idiopática. Recuerden que el temblor puede deberse a muchísimos problemas, como medicamentos, toxinas, enfermedades cardíacas, enfermedades genéticas, antecedentes de uso de antidepresivos o ansiolíticos, antecedentes de uso de drogas recreativas que potencian la dopamina, entre otros. El temblor por sí solo no constituye un diagnóstico de Parkinson.

En resumen

Si muchos de sus síntomas coinciden con la descripción de las *ubicaciones* de los síntomas que leyeron en el capítulo catorce, es probable que tengan enfermedad de Parkinson.

Si tienen varios síntomas en dos o tres de las cuatro categorías de pobreza de movimiento, rigidez, temblor y problemas de equilibrio, es probable que tengan enfermedad de Parkinson.

Si el Qi de sus canales está funcionando constantemente en los patrones típicos de la pausa, es probable que tengan enfermedad de Parkinson o pre-Parkinson, *incluso si no tienen síntomas o si sus síntomas aún son tan leves que no se logran percibir*.

Si tienen comportamientos similares a los de la EP en los *tres* grupos de criterios anteriores: 1) síntomas en las ubicaciones que se describieron en el capítulo catorce; 2) síntomas que coinciden con los cuatro rasgos de pobreza de movimiento, rigidez, temblor e inestabilidad postural (lo que suelen examinar los médicos); y 3) flujo del Qi de los canales de tipo pausa, pueden estar bastante seguros de que tienen enfermedad de Parkinson.

Si tienen enfermedad de Parkinson…

¡Buen trabajo de investigación! Sigan leyendo para averiguar cuál de los cuatro tipos de enfermedad de Parkinson padecen. Para comenzar ese proceso, es mejor que primero se informen un poco más sobre la personalidad parkinsoniana.

Capítulo dieciséis

La personalidad parkinsoniana

Para diferenciar los cuatro tipos de Parkinson, puede resultar útil prestar atención a las actitudes mentales y los atributos de la personalidad. La información sobre la actitud y la personalidad de este capítulo se añadirá a las técnicas del capítulo diecisiete para determinar qué tipo de EP se padece.

La EP tipo I, que proviene de la pausa autoinducida, se asocia con la "personalidad parkinsoniana". Los otros tres tipos de EP, no tanto. Estar en pseudopausa *puede* conducir a comportamientos cerebrales que llevan a una persona a desviarse hacia algunas de las características de la personalidad parkinsoniana, pero en ese caso, esas características podrían ser algo leves y/o de aparición reciente; es posible que *no* se remonten a la infancia o el inicio de la edad adulta.

Mientras leen este capítulo, no deben preocuparse por si ustedes o alguna otra persona poseen la combinación *perfecta* de todos los comportamientos descritos. *Nadie* tendrá *todos* los rasgos de personalidad. Solo observen si *algunos* de los rasgos de personalidad parecen aplicarse.

Lo siguiente es de la revista *Neurology* (Neurología).

> "Los estudios sugieren que la enfermedad de Parkinson (EP) está asociada con un grupo particular de características de la personalidad. Con relativa uniformidad, los pacientes con EP se describen como laboriosos, con morales estrictas, estoicos, serios y no impulsivos. En este estudio controlado, encontramos bastante menos ($p < 0,01$) de un grupo de rasgos denominados "búsqueda de la novedad" en pacientes con EP, en comparación con los controles médicos pareados. Los pacientes con baja búsqueda de la novedad se describen como reflexivos, rígidos, estoicos, de temperamento lento, austeros, ordenados y persistentes: características similares a las de la descripción clínica de los pacientes con EP". [60]

La "búsqueda de la novedad" a veces se describe como "curiosidad lúdica" o "curiosidad inherente". Es impulsada por comportamientos cerebrales del modo parasimpático. Durante la búsqueda de la novedad, la dopamina se libera en mayor cantidad en el cuerpo estriado y el tálamo. Esto estimula el "sistema de recompensa" del mesencéfalo. Tanto para lo conductual como para lo neurológico, la "búsqueda de la novedad" es la razón por la que una gallina sigue picoteando el suelo para ver lo que podría descubrir, y la razón por la que los juegos de computadora o el ciberanzuelo en las redes

[60] "*Dopamine-related personality traits in Parkinson's disease*" (Rasgos de personalidad relacionados con la dopamina en la enfermedad de Parkinson); Neurology; Menza MA, Golbe LI, Cody RA; marzo de 1993; 43(3 Pt 1):505-8. https://www.ncbi.nlh.nih.gov/pubmed/8450991.

sociales son inherentemente cautivadores, incluso adictivos. La mente *sana* se ve obligada a buscar novedades: actividades que aumentan la activación del mesencéfalo y la liberación de dopamina, lo que causa satisfacción y/o un humor positivo en aumento. En la mayoría de las personas con Parkinson, los comportamientos de búsqueda de la novedad están inhibidos.

Esta colección de rasgos de personalidad refleja los comportamientos de la mayoría de las personas a las que ya les han diagnosticado Parkinson. Aun así, si uno mirara las personalidades de estas personas *décadas* antes de que desarrollaran síntomas evidentes de la enfermedad de Parkinson, alguno de estos rasgos podrían ya haber estado presentes.

Incluso décadas antes de su diagnóstico de Parkinson, las personas que terminaron desarrollado Parkinson tipo I, a menudo, se las consideraba muy inteligentes, confiables, capaces de tener una gran concentración, y con una tendencia a una orientación moral fuerte, y a menudo muy estricta. Muchas veces, les resulta difícil relajarse o incluso darse el lujo de experimentar lo que podrían considerarse comportamientos alegres o "tontos", como mirar las nubes o hacer bromas sobre sí mismos. *Evalúan* su entorno, en lugar de sentirlo o resonar con él. Aunque hay excepciones, son, en su mayoría, cautelosos, reflexivos y estoicos (inmunes a algunos tipos de dolor físico y/o emocional… o a la alegría). Tienden a *no* ser muy despilfarradores o descuidadamente sensuales, en general.

Incluso *antes* de la aparición de los síntomas de la EP, las personas con Parkinson tipo I tienden a comportarse *neurológicamente*, aunque no siempre *a consciencia*, como si estuvieran en una situación que requiere un comportamiento de *alerta* constante, lo contrario a la búsqueda de la novedad sin preocupaciones.

Puntualidad y más

Además de los aspectos antes mencionados de la personalidad parkinsoniana, las personas con enfermedad de Parkinson tipo I, a menudo, tienen una puntualidad patológica y tienen miedo de cometer errores o de ser juzgadas por hacer algo "incorrecto". Tienden a evitar el conflicto físico que evoca la pasión, aunque pueden ser propensos a una discusión verbal exhaustiva y pueden tener dificultades para retroceder desde una posición previa, una vez adoptada. A menudo, son muy críticos con sus propios comportamientos, así como con los comportamientos de los demás, y de alguna manera no aceptan lo que llaman "problemas de carácter" ni en ellos mismos ni en los demás. Suelen ser incapaces de llorar con facilidad. Mientras que algunos *pueden* llorar de alegría o alivio por una película o por otros, todavía pueden tener dificultades para llorar por su *propio* dolor, tristeza o autocompasión.

Como ejemplo del enorme miedo a ser impuntual, la *mayoría* de mis pacientes con EP que aún no habían venido a mi consultorio condujeron hasta mi consultorio (que es fácil de localizar) el día *anterior* para asegurarse de que no llegarían tarde el día de la cita programada. *Ninguno* de mis pacientes que no padecían Parkinson hizo esto.

Por el contrario, el paciente con EP tipo IV que describí en el capítulo dos era famoso por llegar tarde a todas partes, y siempre se reía.

Muchas personas con EP tipo I consideran que ser "incansable" es una virtud. Surgen a menudo frases como "dormiré cuando esté muerto", y solo son broma en parte.

Durante mi primer año de trabajo con personas con enfermedad de Parkinson, de a poco me di cuenta de que la *mayoría* de mis pacientes compartían un tipo singular de personalidad, así como una gran inteligencia y un pensamiento altamente analítico. Todavía no sabía sobre la "personalidad parkinsoniana" médicamente reconocida.

Incluso antes de enterarme de la personalidad parkinsoniana, varios de mis pacientes me dijeron que "el viejo Dr. Dorosin", el único neurólogo que trabajó durante varias décadas en mi pequeño pueblo, había afirmado en varias ocasiones: "Nunca puedo decirles a mis pacientes con Parkinson nada nuevo. Les doy el diagnóstico, y la próxima vez que los veo han leído más sobre los recientes hallazgos sobre el Parkinson que yo". Y esta observación del muy respetado Dr. Dorosin fue *anterior* a la existencia de internet, cuando investigar las últimas noticias sobre un problema de salud era mucho más difícil y podía implicar viajar muchas millas hasta la biblioteca de una facultad de medicina o suscribirse a una revista médica.

Cuando conocí a otros neurólogos, a menudo, confirmaban la declaración del Dr. Dorosin: pensaban que sus pacientes con EP estaban mejor informados, en general, e incluso en los días previos a la era del internet, más interesados en investigar sobre su diagnóstico que los pacientes con otros tipos de problemas de salud. Finalmente, encontré artículos de investigación sólidos sobre la personalidad parkinsoniana y me di cuenta de que era algo reconocido, no solo algo que había notado en mis propios pacientes con EP.

En cuanto a la fuerte orientación moral, me sorprendió cuando la primera docena de voluntarios que reuní del grupo de apoyo para el Parkinson tenía un porcentaje desproporcionadamente alto de personas con fuertes inclinaciones espirituales en una amplia gama de religiones.

Dentro de los primeros 12 voluntarios, había una monja católica, un ministro luterano, un ministro unitario, un sacerdote católico, dos practicantes de yoga esotérico (basado en la meditación), un estudiante de *The Book of Miracles* (El libro de los milagros), un misionero retirado y un cristiano devoto con padres misioneros. Los otros tres voluntarios no eran miembros de ninguna iglesia específica, pero *todos* sentían que tenían a estándares morales más altos que la mayoría de la gente.

Y no solo que *todos* estos pacientes con EP eran muy cultos, sino que *todos* tenían una fuerte inclinación filosófica, orientada a las palabras.

En los años siguientes, mi lista de pacientes se expandió y había rabinos, lamas, swamis, y maestros y adherentes que representan a todas las principales religiones del mundo.

En los primeros años de mi investigación, el alto porcentaje de personas con fuertes inclinaciones espirituales me pareció extrañamente desproporcionado. Pero lo que era *mucho* más extraño era que casi *todos* mis pacientes tenían la misma actitud antiespiritual con respecto a entablar una relación íntima y personal que implicara una comunicación en silencio o en voz alta con un poder superior, un tótem animal, un amigo amado que ha fallecido, un santo, Dios, o algún otro representante del Amor Universal, la Fuerza o lo Divino. Todos se oponían a ello.

Una relación no intervencionista con Dios

La relación emocionalmente distante y algo intelectual que la mayoría de mis pacientes tenían con Dios o con cualquiera de las figuras antes nombradas de "amigos invisibles" resultó ser significativa.

La mayoría de mis pacientes con Parkinson tipo I (aquellos que entraron en recuperación parcial, en lugar de recuperación completa, después de que sus pies lesionados se curaran), me habían compartido una variante muy peculiar de la "espiritualidad" durante las extensas horas que se pasaban respondiendo a mis preguntas bastante profundas. Durante

sus muchas sesiones de Yin Tui Na, finalmente le pregunté a cada uno de ellos: "¿Alguna vez has orado o pedido ayuda espiritual para lidiar con tu Parkinson?".

Casi todos mis pacientes con Parkinson tipo I respondieron que no sentían que *debieran* comunicarse con Dios; con lo Divino; con el Tao; con ninguna autoridad superior, guía espiritual, amigo o pariente fallecido; ni con el salvador, con respecto a su *propia* enfermedad o sus *propios* problemas.

Oraciones mecánicas, sí. Oraciones por los demás, sí. Palabras de gratitud, sí. Pero compartir sus preocupaciones íntimas y, en especial, pedir ayuda/intervención/introspección espiritual con respecto a sus propios problemas físicos que empeoran día a día, no.

Tendían a tener un profundo respeto por su interpretación aislacionista errónea del viejo dicho: "Ayúdate que yo te ayudaré". Muchos de mis pacientes expresaron este sentimiento junto con un pensamiento parecido a "Dios está ocupado dirigiendo Su parte del universo; se supone que debo estar a cargo de la mía". O "no quiero molestarlo/a" o "…hacerlo/a sentir triste".

Todas las principales religiones del mundo estaban representadas en mi grupo de pacientes que cada vez se agrandaba más. Casi *todos* mis pacientes con EP tipo I se sentían de la misma manera. *Mucho* antes de que aparecieran los síntomas de la EP, habían cultivado esta actitud de "*soy* diferente a los demás: los demás deben confiar de manera íntima y constante en lo Divino, pero *yo no*".

Esta actitud de "debería estar alejado de Dios" y/o "no debería hacerle perder el tiempo" se destacaba especialmente porque un número desproporcionado de mis pacientes con EP que presentaban estos sentimientos eran *profesionales* de la religión: sacerdotes, monjas, rabinos, pastores, lamas, rinpoches y swamis. También tuve muchos pacientes que eran laicos de una amplia variedad de religiones, como musulmanes devotos, Santos de los Últimos Días, menonitas y testigos de Jehová. Un porcentaje desproporcionadamente alto de mis pacientes con EP llevaba estilos de vida que giraban en torno a sus compromisos ultrafuertes con sus diversos caminos espirituales. Y, sin embargo, casi todos compartían la extraña idea de que los *demás* debían orar y hablar de manera íntima con Dios o con alguien acerca de todos sus problemas, pero en sus *propios* casos, no debían molestar a ningún representante de lo Universal o lo Divino. Muchos me dijeron que hacerlo molestaría o preocuparía a Dios, la Madre Divina o a quien fuera, como si con su silencio mental sus síntomas de Parkinson pudieran de alguna manera mantenerse en secreto ante la Omnisciencia Universal.

Aquellos líderes y laicos extremadamente "espirituales" que preferían no compartir sus problemas con Dios o un poder superior eran los pacientes que tenían más probabilidades de quedarse atrapados en la recuperación parcial si se reasociaban con sus lesiones. Además, a pesar de su devoción a su fe, *no* podían sentirse biológica o existencialmente seguros.

Estos pacientes me aseguraron que siempre instruían a sus feligreses o a sus correligionarios a hablar con lo Divino o tener algún tipo de comunión u oración periódica y *compartir todo* con Dios o con algún poder superior. Sin embargo, consideraban firmemente que hacerlo sería inapropiado en sus *propios* casos. Muchos incluso sentían que guardar sus problemas para sí mismos y no perturbar a una autoridad superior era un signo de *superioridad* espiritual.

Todos los santos y sabios de *toda*s las fes han dicho que, en el camino espiritual, la comunicación regular con lo Divino es necesaria para acercarse más a la verdad, y eso trae gran alegría. Pero para la mayoría de mis pacientes, pedir ayuda o consuelo a Dios, a un santo, o incluso a una abuela amada y fallecida era considerado un signo de debilidad espiritual, una *falta de* fe.

Esta similitud en tantos de mis pacientes me pareció tan extraña que resonó en mi cerebro durante todos los años de mi investigación. Recién en 2015, cuando me enteré de la investigación en neuroteología, empecé a ver la conexión. Usted recordará, que la investigación halló que pensar en un poder superior con quien uno podría comunicarse conduce a una mayor activación del cuerpo estriado. La actividad en el cuerpo estriado, como recordarás, se inhibe cuando una persona está en pausa.

Esta extraña actitud mental, que noté bien desde el principio, en 2015, resultó ser una fuente adicional de respaldo a mi hipótesis incipiente de que la inactividad en el cuerpo estriado también podría estar involucrada en el Parkinson. Esta hipótesis, a su vez, me llevó a desarrollar terapias que estimulan *directamente* el cuerpo estriado y así ayudan a desactivar la pausa autoinducida. Por lo general, la estimulación del cuerpo estriado depende de la expectativa. Esto significa que los hábitos mentales positivos que estimulan el cuerpo estriado conducen a una mayor actividad en el cuerpo estriado: una espiral ascendente de buenas sensaciones. Las expectativas negativas disminuyen la actividad en el cuerpo estriado y causan una espiral descendente de sentimientos de aprehensión, miedo y/o ira.

Si el cuerpo estriado está muy inhibido, como sucede en la pausa, el resultado lógico es un sentimiento vacío de estar separado de los demás o incluso de Dios. Durante la pausa, cuando el cuerpo estriado se encuentra inhibido, una persona no solo podría percibirse a sí misma como si estuviera fuera de su cuerpo, sino que también es *incapaz* de estimular las partes del cerebro que se activan al sentir la presencia *o* la comunicación con seres queridos intangibles, tótems animales, guías espirituales o Dios.

Yo planteé la hipótesis de que, si una persona inteligente se encuentra a sí misma, a lo largo de décadas, *incapaz* de sentir la presencia de Dios o *incapaz* de tener una sensación de comunicación con Él, podría llegar a la conclusión de que no *debe* sentir a Dios ni comunicarse con él. Luego, alterará o adaptará cualquier precepto espiritual que haya aprendido para justificar su sensación personal de estar solo y aislado. Esto podría explicar la extraña convicción entre mis pacientes con EP tipo I de que no *deberían* "preocupar" a Dios o "hacerle perder el tiempo" con sus problemas. *Tenían* que pensar que Dios quería que resolvieran las cosas por su cuenta, ya que, de hecho, no podían obtener respuestas de Dios cuando lo intentaban… porque su cuerpo estriado y su tálamo estaban apagados… *porque* sus cerebros estaban funcionando, más que nada, en el patrón de pausa.

Ordenarse a sí mismo a estar tan entumecido como para que el modo de pausa se active crea un comportamiento eléctrico cerebral en el que una persona es físicamente *incapaz* de sentirse conectada o resonante consigo misma y/o con otros. Él podría tener una convicción basada en la *lógica* de apego emocional a los demás, o un fuerte sentido *intelectual* de una conexión con Dios o algún aspecto de lo Divino. Pero las sensaciones saludables de *percibir* el poder de unión somática que vienen con la conexión y la resonancia no estarán disponibles. Una persona en pausa puede incluso sentirse separada del universo, o incapaz de acceder a la conciencia somática o sentimientos somáticos de los recuerdos de seres queridos que han fallecido.

Ordenarse a sí mismo estar entumecido crea comportamientos eléctricos en el cerebro que inhiben por completo la comunicación intuitiva y la capacidad de *conversar* en silencio con los seres queridos.

Esta sensación de separación de casi todo *hace que* una persona se sienta insegura. No se logra desactivar la pausa hasta que la persona pueda confirmar que está a salvo. Si se dieron la orden de entumecerse, *no pueden* sentirse seguros. Ni siquiera pueden *sentir*. Si no logran sentirse seguros, no pueden desactivar la pausa. Es un círculo vicioso… a menos que pongan en práctica algunos comportamientos muy específicos que les permitan "evadir" la orden de permanecer en pausa. Para lograr esta evasión, primero hay que aprender a comunicarse y sentir una conexión con algo, con cualquier cosa. Esta sensación de conexión se construye a medida que uno se obliga a comunicarse, a pesar de la mala gana, con un confidente invisible, sonriente, amoroso y leal. Esto, a su vez, con el tiempo, despertará al cuerpo estriado y al tálamo, que están inactivos, *a pesar* de las órdenes anteriores de no sentir dolor.

Por lo tanto, este capítulo sobre la personalidad parkinsoniana también incluirá información sobre ciertas actitudes espirituales, así como rasgos de personalidad. La razón por la cual creo que es apropiado incluir actitudes espirituales es que las personas con EP tipo I que se han recuperado, a menudo, han tenido un cambio creciente, profundo o incluso abrupto en sus actitudes espirituales o relacionales, que coincidieron o precedieron *inmediatamente* a su recuperación a través de lo que yo llamo una epifanía. [61]

[61] Estos son algunos ejemplos de epifanías seleccionados de artículos de noticias (estas personas *no* eran mis pacientes. Me enteré de cada uno de ellos en internet): Ricky Peterson tenía enfermedad de Parkinson hacía 8 años y esta iba empeorando. Llevaba años rezando como de costumbre, pidiendo que lo curaran de su Parkinson, pero sus síntomas seguían empeorando. Durante una sesión de oración en la tumba de una santa católica australiana, Mary MacKillop, Peterson de repente sintió una relación *personal* con la santa. Dejó de rezar de la forma en que lo había estado haciendo y pasó a *hablar* en silencio con la difunta Mary MacKillop. Habló con ella de que, a partir de ahora, él y ella orarían *juntos* por su curación: harían oraciones *juntos*. Cuando hizo este cambio, su temblor cesó casi de inmediato. Sus otros síntomas también desaparecieron muy rápido.

https://cruxnow.com/global-church/2018/07/kansan-returns-to-australia-saints-tomb-in-thanks-for-parkinsons-cure/ 28 de julio de 2018.

Florence Diekmann se recuperó de la enfermedad de Parkinson en respuesta a una afirmación. Comenzó a afirmar en silencio al universo que ella estaba "volviendo a la vida". Integró esta afirmación constante a su estudio de la biblia y oraciones. Un día, sintió que en verdad "había vuelto a la vida" y, luego, su Parkinson se había ido. Sospecho que esta persona tenía *solo* EP tipo II, que puede responder bien a las afirmaciones.

https://www.youtube.com/watch?v=5KWdZ-2dgZs; 23 de noviembre de 2015.

Una monja francesa que tenía la EP, Marie Simon-Pierre, se "curó milagrosamente" de la noche a la mañana, dos meses después de que ella y sus hermanas monjas tuvieran una sesión de oración vespertina en la que rezaron por el Papa Juan Pablo II, que tenía enfermedad de Parkinson. A Marie Simon-Pierre le habían diagnosticado Parkinson 4 años antes. Después de su sesión de oración, sintió una nueva relación de cercanía con el Papa, que siguió cultivando. Dos meses después, su recuperación fue instantánea. "Me desperté a las cuatro de la mañana y salté de la cama. Me transformé por completo". Este "milagro" fue el primero que se le atribuyó de manera oficial al difunto Juan Pablo II, y fue utilizado por el Papa Benedicto para avanzar en la beatificación de Juan Pablo II. La beatificación es el primer paso para ser reconocido como santo católico.

https://www.bbc.com/news/world-europe-12192639. 14 de enero de 2011.

Modo de pausa desencadenado por la cultura

Además de las actitudes *espirituales* que contribuyen al modo de pausa o son causadas por este, las actitudes culturales también pueden ser un factor. En ciertas culturas, las personas que pueden activar el modo de pausa a voluntad son muy apreciadas. En general, las culturas desarrolladas en los climas más fríos son más propensas a fomentar o aprobar el autocontrol en el que se reprimen las emociones que las culturas de las regiones más cálidas y ecuatoriales.

El uso deliberado del modo de pausa podría ser ventajoso en algunos entornos geográficos. La capacidad de conservar la energía y reprimir las emociones podría ser una habilidad indispensable en tierras con frío extremo y suministros de alimentos poco confiables o estacionales. Es posible que, desde tiempos prehistóricos, las personas que vivían en climas peligrosamente fríos y que podían autoinducir el modo de pausa y conservar así su valiosa energía tuvieran una ventaja en términos de supervivencia.

Para demostrar lo que quiero decir con "conservar la energía", imagínense a un anciano estadista o mayordomo británico. Ahora, imagínense un político o un mayordomo italiano. ¿A cuál de ellos imaginarían un poco encorvado, con marcha arrastrada y posiblemente con un temblor leve? ¿A cuál imaginarían como el más propenso a soltar una fuerte diatriba o a ponerse a cantar? ¿Cuál está gastando más energía de forma constante?

Las poblaciones con los casos *per cápita* más altos de EP tienden a estar en países que tienen períodos de clima muy frío. Las regiones ecuatoriales tienden a tener casos *per cápita* más bajos de enfermedad de Parkinson. Por ejemplo, durante más de un siglo, desde que comenzó el registro de las historias clínicas en Gran Bretaña, se consideró que las personas de Inglaterra y Escocia tenían una alta tasa *per cápita* de EP. En contraposición, se consideraba que los *nativos* de la India tenían la tasa *per cápita* más baja de Parkinson del mundo. (Aunque con mayor precisión, probablemente debería decir "del Imperio Británico").

Pero los *británicos* que vivieron en la India durante el Raj británico, que bebían el agua local y comían alimentos producidos localmente, tenían las mismas altas tasas de Parkinson que se ven en Inglaterra y Escocia. Aunque esos británicos se habían mudado del frío y ventoso Reino Unido a una región ecuatorial húmeda, trajeron consigo sus actitudes culturales y tal vez incluso (es una suposición) una ventajosa tendencia genética de larga

---

En los dos casos anteriores que tenían un amigo invisible, el amigo tenía fuertes inclinaciones espirituales: una era una santa, el otro era un Papa. Pero he visto en otros pacientes que se han recuperado que no importa si el amigo invisible tiene una relación con lo espiritual o no. Mientras el confidente invisible se considere un amigo de verdad, un amigo que no juzga, un amigo con el que uno puede *reírse*, los sentimientos de afecto que genera la comunicación constante con el amigo pueden, con el tiempo, volver a despertar el cuerpo estriado, que está inactivo, lo suficiente como para desactivar la pausa.

En *general*, he visto a la gente tener epifanías de manera más fácil y rápida cuando el amigo era un padre, un abuelo, un tío o una tía, que cuando era una figura religiosa. Muchas personas sintieron que no podían, *no debían*, reírse y burlarse de las figuras espirituales que eligieron como sus confidentes. Estas personas descubrieron que sus síntomas de la EP continuaron empeorando a pesar de sus conversaciones en silencio. El hecho de pensar en una figura espiritual con la que no se puede reír puede estimular los centros del miedo y de la ira del cerebro, no del cuerpo estriado. El aumento de la actividad en los centros del miedo y de la ira puede *aumentar* el grado de modo de pausa que usa una persona.

evolución (en algunos casos) hacia la intensa concentración mental basada en palabras que los ayudaba a autoinducir la pausa cuando era necesario y, como efecto secundario, les permitía conservar la energía física y emocional. Junto con sus actitudes culturales y *tal vez* también una tendencia genética hacia el pensamiento analítico basado en las palabras, los británicos mantuvieron su alta tasa *per cápita* de enfermedad de Parkinson, sin importar dónde vivieran realmente.

Uso de la pausa como ventaja cultural

Desde el punto de vista histórico, siempre y cuando la esperanza de vida promedio de los seres humanos rondara los 35 años, como en los últimos milenios, o incluso 55 años en promedio, como a principios del siglo XX, la capacidad de activar el modo de pausa para la autorepresión y la conservación de energía podría haber sido un excelente mecanismo de supervivencia; la selección natural estaba a favor de las personas que podrían autoinducir la pausa con mayor facilidad, en especial si vivían en climas hostiles. [62]

Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de nosotros viviremos el *doble* de 35 años, y algunos incluso llegan a los 80 o los 90 años. Estar atascado en una pausa autoinducida *ahora* podría resultar en la aparición eventual de síntomas de la enfermedad de Parkinson, si una persona viviese lo suficiente. Así que vivir en modo de pausa ya no es *tan* ventajoso como solía ser, incluso en las partes más frías del mundo.

Un dato curioso, a finales de los noventa, la edad promedio de aparición de la enfermedad de Parkinson en los Estados Unidos era de 72 años. En 2020, el promedio es alrededor de 60 años. Esto no significa necesariamente que las personas estén contrayendo la enfermedad de Parkinson antes. Es posible que se esté *diagnosticando* antes o con más entusiasmo (y de manera errónea), que se estén registrando mejor los casos, o que se estén incluyendo los casos de parkinsonismo inducido por medicamentos y toxinas en los diagnósticos de Parkinson. Por ejemplo, Departamento de Asuntos de los Veteranos de los EE. UU. reconoció de manera oficial que el Agente naranja, un defoliante que se utilizó de manera extensa durante la guerra de Vietnam, causa parkinsonismo inducido por toxinas. Es muy probable que estas personas con parkinsonismo inducido por toxinas estén incluidas en el recuento nacional de personas con Parkinson. Además, en los últimos 50 años, el número de personas que toman medicamentos antidepresivos y ansiolíticos (la mayoría de los cuales pueden causar parkinsonismo tardío) se ha disparado. Si el número de personas con EP ahora incluye los casos de parkinsonismo inducido por medicamentos y toxinas, eso podría explicar el aumento y la fecha de "inicio" anterior en promedio.

El frío extremo por sí solo no *causa* de manera automática la inhibición emocional autoinducida. Por ejemplo, las personas de habla francesa en el extremo norte de Quebec, en el área de Lac St. Jean, se caracterizan por ser *muy* activos y divertidos (búsqueda de la

[62] La tendencia hacia el estoicismo en los pueblos nórdicos se ha señalado a menudo, pero hasta donde sé no se ha evaluado de forma clínica ni genética. El libro humorístico, "*Scandinavian Humor and other Myths*" (El humor escandinavo y otros mitos) de John Louis Anderson es un ejemplo maravilloso. Un crítico escribió: "Una mirada sofisticada y amorosa a un público estoico que prefiere el clima frío de verdad, casi siempre usa trajes (con pantalones, de ocio, o de nieve) y no le gusta la comida que hace daño". Otro crítico irónico escribió: "Es tan gracioso que [¡Dios no quiera!] casi te ríes en voz alta" y firmó su reseña con "un sueco viejo".

novedad): “torbellinos de energía”. Pero llegaron a Canadá hace tan solo 500 años. Tanto por su genética como por su cultura, son inmigrantes relativamente recientes del noroeste de Francia, de un clima algo moderado de la región de Bretaña.

A pesar de que el modo de pausa se puede utilizar para compensar las condiciones climáticas con fríos extremos o para seguir las normas culturales, el uso biológico del modo de pausa está diseñado para subsistir en situaciones de emergencia, cercanas a la muerte. Se *supone* que los seres humanos no deben usar el modo de pausa todo el tiempo, ni siquiera de manera moderada. El uso de la pausa inhibe los centros de recompensa que liberan dopamina en el cerebro. En los animales y en las personas sanas, la activación de estos centros de recompensa proporciona el principal “propósito” de la vida, tanto en lo emocional como en los sentimientos del corazón.

La sensación de poder y autocontrol que surge de estar en pausa con el dominio de la norepinefrina *puede* traer satisfacción a corto plazo a través de algunas emociones basadas en el ego. Pero, al mismo tiempo, estar en pausa *inhibe* la alegría nueva, duradera, constante y sin esfuerzos que surge al estar en consonancia con los demás y con las vibraciones del universo.

Los modos son casi siempre tonos de gris: rara vez negro o blanco

Como se mencionó antes, el cuerpo humano no utiliza cuatro modos neurológicos *distintos* En cada momento, una persona utiliza, por lo general, una combinación de los circuitos eléctricos de dos o más modos. Incluso durante la fase REM del sueño, una persona utiliza tanto el modo de sueño *como* un poco del modo parasimpático o el modo simpático, lo que determina si sus sueños son alegres o estresantes.

Una persona en el modo de pausa de *completo* está inconsciente: en coma.

La mayoría de las personas con la enfermedad de Parkinson *tipo I* usan diferentes grados de pausa a lo largo del día, según sea necesario, que, por lo general, combinan con algo del modo simpático, liderado por la norepinefrina cerebral, no por la adrenalina. No solo usan lo que parecen ser *diferentes* grados de pausa, las personas con EP tipo I también *podrían* ser capaces de usar otra *personalidad* o, al menos, un *aspecto* diferente de su personalidad normal. Esta otra personalidad *podría* tener acceso al modo parasimpático, siempre y cuando la persona con EP tipo I se sienta excepcionalmente segura, aunque por un breve período.

El uso intermitente de un *bajo* nivel de pausa en las décadas previas al Parkinson podría ser la razón por la que los síntomas tarden tantas décadas en volverse habituales. Esto también podría explicar por qué los síntomas de una persona pueden volverse tan graves inmediatamente después de recibir el diagnóstico de Parkinson: de repente, la persona podría necesitar usar un grado *más alto* del modo de pausa y hacerlo a más largo plazo para lidiar con el dolor emocional implacable de saber que tiene Parkinson, un círculo vicioso.

De hecho, todo el tema de la personalidad parkinsoniana está relacionado con esto.

Cuanto más se utilice el modo de pausa para hacerle frente al dolor o los miedos, más se afianza y expande la personalidad parkinsoniana. Y el grado en que una persona utiliza esta personalidad puede determinar la frecuencia con la que su cuerpo utiliza los circuitos de pausa y, de esta forma, causa la manifestación de los síntomas de la enfermedad de Parkinson. A medida que los síntomas empeoran, el miedo aumenta *porque* los síntomas empeoran.

Antes mencioné que los investigadores de medicina occidental nunca han decidido si la personalidad parkinsoniana es la *causa* de la EP, o es *consecuencia* de la EP. Sospecho que la suposición actual es que la personalidad es uno de los síntomas de la enfermedad de Parkinson, y es causada por la muerte de las células cerebrales, una hipótesis que cada vez tiene más fallos.

Mi trabajo sugiere que la personalidad es tanto causa como consecuencia de los cambios que ocurren en las personas con Parkinson tipo I. En gran medida, la personalidad es el resultado de estar en pausa. Pero la personalidad en sí hace que el modo de pausa se atrinchere más.

He visto a la gente recuperarse. He visto cambios extraordinarios de personalidad que ocurren en los *momentos* previos a la recuperación completa. En las personas con Parkinson tipo I, la decisión de refutar la personalidad parkinsoniana, a menudo, en respuesta a una gran epifanía, suele ocurrir una fracción de segundo antes de que el Parkinson desaparezca para siempre. Y no regresa más.

En las personas recuperadas que tienen una serie de pequeñas epifanías, en lugar de una grande, el cambio de personalidad es más gradual, y la persona puede ir y venir, incluso llegar al punto de que puede reconocer qué personalidad está usando en un momento dado.

Por lo tanto, planteo la hipótesis de que la personalidad de parkinsoniana no es *solo* un síntoma del Parkinson, sino que también contribuye a la *causa* y el empeoramiento constante de los síntomas.

Una vez más, de los cuatro tipos de EP, las personas con EP tipo I son las que tienen más probabilidades de manifestar la personalidad parkinsoniana. Cuando se recuperan, dejan gran parte de esa personalidad de lado al instante y se convierten, según sus propias palabras de sorpresa: "¡En mi verdadero yo!"

Este "verdadero yo" resulta ser mucho menos temeroso, menos inhibido y menos crítico con los demás o con sí mismo. Se siente más cómodo con los demás y, a su vez, es mucho más fácil estar cerca de él.

Por ejemplo, una paciente recuperada me dijo que, de repente, se encontró hablando de forma inconsciente con sus compañeros de trabajo. Ella caminaba todos los días con un grupo de compañeros de trabajo durante la hora del almuerzo. Siempre escuchaba con atención a cada persona por turno y, luego, cuando consideraba que era su turno, decía algo que lógicamente seguía al orador anterior. Después de recuperarse, de repente se encontró a sí misma diciendo lo que se sentía, y sin preocuparse por los turnos de habla. Estaba sorprendida de lo fácil que era ser parte de una conversación. Sus contribuciones tenían sentido y eran lógicas, pero no suponían ningún esfuerzo. No gastaba energía "siguiendo el hilo". Era capaz de reírse de cuánto le había costado su socialización antes.

Otro ejemplo, una persona que no conocía y que estaba trabajando con mis libros en línea me envió un correo electrónico unos días después de haber desactivado la pausa. Me escribió: "Creo que el otro día entré en modo parasimpático total… todos mis sentidos estaban elevados, todo lo que miraba era más brillante, como un aura, y me sentía feliz. Nunca antes había experimentado tal nivel de alegría. Esta sensación duró unas dos horas, pero durante los siguientes dos días mi esposa estuvo intentando averiguar qué drogas estaba tomando".

"Además, nunca lloro. Incluso cuando mi padre falleció. Hasta ahora. Vi 'Collateral Beauty' (Belleza inesperada) el sábado por la noche. Debo haber llorado cuatro

veces, lagrimeado un poco y reído a carcajadas durante las partes divertidas. Esto es nuevo para mí. Cuando me recuperé de la EP, descubrir que no había tenido emociones".

El rápido cambio de personalidad que se describe en el correo electrónico anterior, un cambio que puede ocurrir casi de inmediato cuando la pausa se desactiva, es bastante típico. Por supuesto, la persona que escribió lo anterior también mencionó con decepción que, a pesar de que se sentía recuperado en el fondo, sus síntomas estaban empezando a remitir *lentamente* y los síntomas de recuperación estaban empezando a aparecer. Se preguntaba por qué, si ya había desactivado la pausa, todavía tenía síntomas. Le respondí algo así como "la guerra puede terminar abruptamente, pero la reconstrucción después de la guerra tomará tiempo". Desde entonces, sus síntomas no han dejado de disminuir.

El único síntoma que le queda, al momento de escribir este artículo, es el dolor de cuello y de brazo que durante mucho tiempo le atribuyó a la EP, pero que se debe a un desplazamiento de las vértebras cervicales, que está mejorando con la fisioterapia. Aunque una persona padezca Parkinson, no todos sus dolores y molestias están necesariamente relacionados con la enfermedad de Parkinson.

Después de que una persona se recupera por completo, todos los comportamientos, actitudes y razones "lógicas" relacionados con la pausa que pudiera haber tenido para estar ansioso, en guardia o cauteloso simplemente desaparecen y se vuelven, en retrospectiva, motivo de risa.

Muchos de mis pacientes con Parkinson tipo I estaban orgullosos de lo que consideraban su mentalidad hiperanalítica. *No* consideraban que su personalidad cada vez más ansiosa y cautelosa fuera un problema. Pero lo cierto es que probablemente sea el síntoma más vicioso y perjudicial de todos los de la EP. Por otra parte, algunas personas con Parkinson *reconocen* que la tensión mental y la actitud negativa es la peor parte de la enfermedad y que exacerba todos los demás síntomas.

La mentalidad de la personalidad parkinsoniana actúa como una fuerza poderosa (en constante aumento) que ayuda a mantener el modo de pausa activado y cada vez más arraigado.

Cuanto más tiempo una persona tiene EP tipo I, más influencia puede tener la personalidad parkinsoniana en sus hábitos mentales. Cuanto más tiempo estén presentes estas influencias mentales, que crean y refuerzan las vías neuronales del cerebro para los pensamientos negativos, más difícil podría ser para una persona superar los miedos ilógicos, las ansiedades y los Bloqueadores que su cerebro ha construido con tanto cuidado Estos hábitos mentales *deben* anularse para alcanzar niveles de actividad duraderos y saludables en el cuerpo estriado y el tálamo del cerebro, y así aumentar el flujo de energía en la parte del canal Du que pasa por el cerebro, el cual da una sensación de seguridad, para lograr que la pausa se desactive.

Hábitos mentales a largo plazo

El uso a largo plazo de la pausa conduce o aumenta los patrones mentales que causan la personalidad parkinsoniana. Con el tiempo, el uso de la personalidad parkinsoniana crea *hábitos* de pensamiento negativo que hacen más difícil desactivar la pausa. Según lo que he visto, cuanto más tiempo una persona tenga síntomas evidentes de Parkinson tipo I, más difícil podría ser desactivar la pausa. Todavía es factible, pero cuanto más tiempo una persona tenga EP tipo I, podría necesitarse más concentración y trabajo

para desactivarla. Por otra parte, las personas con mucho entrenamiento espiritual en lo que se llama "practicar la presencia de Dios" (imaginar constantemente la presencia de algo afectuoso cerca de ti que se comunica contigo) parecen tener una ventaja para salir de la pausa una vez que están dispuestas a llevar el hábito de comunicación a un nivel más profundo, más íntimo, más irreverente y lúdico, incluso si sus síntomas de enfermedad de Parkinson son graves. Además, muchos practicantes de larga data de las religiones orientales han intentado mantener una sensación de energía en su Yin Tang, también conocido como "el tercer ojo", durante las horas de vigilia. Incluso si uno está en pausa, parece que esta práctica ayuda a prevenir o retrasar la formación de hábitos neuronales de miedo o enojo. Se podría decir que este hábito previene o ralentiza el "cableado cerebral" que apoya el pensamiento negativo.

En contraposición, aquellos que *nunca* antes han intentado comunicarse con un amigo invisible, mantener la concentración mental en su Yin Tang o practicar otras disciplinas espirituales que apoyan la función del mesencéfalo podrían tener verdaderos problemas para establecer nuevos hábitos que estimulen el cuerpo estriado.

Muchas personas con Parkinson le han tomado cariño a sus patrones de pensamiento negativo basados en el ego (lados del cerebro), e incluso se tienen orgullosas de ellos. A menudo, piensan que son más inteligentes que los demás debido a sus patrones de pensamiento cauteloso y ansioso o sus poderosas habilidades verbales y de memoria, y/o su implacable monólogo interno analítico.

Estos comportamientos están asociados con actividades en los lados del cerebro. Con mucha frecuencia, las personas con estos comportamientos *no* quieren volver a cualquier tipo de pensamiento donde teman sentirse menos inteligentes o incluso "estúpidos".

De hecho, la recuperación *no* hace que una persona sea estúpida. Hace que una persona esté más a gusto, más juguetona y más alegre con su inteligencia. Pero ese concepto es incomprensible para muchas personas en medio de la enfermedad de Parkinson: estar en pausa altera la forma en que uno le asigna valores a diversos comportamientos, pensamientos y rasgos de personalidad.

A pesar de que ninguno de mis pacientes con Parkinson quería tener los síntomas físicos de la enfermedad de Parkinson, muchos, tal vez la mayoría de ellos, estaban profundamente apegados al pensamiento de los lados del cerebro que acompaña a la pausa: no *querían* cambiar su pensamiento negativo, intenso e impulsado por la pausa. Les *gustaba* este tipo de pensamiento. Sentían que los hacía "inteligentes". *No* les gustaba la inmovilidad física y el temblor que está inextricablemente conectado al modo de pausa y a este tipo de pensamiento, pero les gustaba la falsa ilusión de que eran más inteligentes y/o tenían más concentración que la mayoría.

Mientras una persona se aferre con firmeza a los patrones de pensamiento basados en la pausa, no podrá recuperarse de la EP tipo I. Esa persona no puede entregarse a los sentimientos alegres que surgen a través de la práctica constante del pensamiento del medio del cerebro: pensamiento que se puede fomentar a través de la comunicación *mental* con un ser querido o alguna autoridad superior afectuosa o al *sentir* la presencia de amor y amistad por dentro y por fuera.

Entrega

Este podría ser un buen lugar para explicar el significado de la palabra entrega en el contexto del párrafo anterior. La mayoría de mis pacientes con EP tipo I, incluso aquellos con años de entrenamiento espiritual o estudio, suponían, de manera errónea, que "entregarse" significaba "acostarse y morir".

De hecho, "entregarse" puede significar "dejar de luchar", o "ceder ante los más fuertes, los más justos, o los que tienen 'más' poder". En este caso, significa dejar de lado el hábito mental de escuchar los propios pensamientos negativos y, en su lugar, *elegir* la comunicación mental con alguien o algo que les genere alegría. Cuando uno se "entrega" por completo al amigo invisible, elige confiar en el amigo, permitir que las decisiones del amigo se mantengan y hacer que esta preferencia por el amigo sea lo más absoluta posible (casi en todo momento, en cada pensamiento… al menos hasta que uno se recupere). Uno está "renunciando" a su opción de elegir el monólogo interno con su negatividad, amargura o una racionalidad retorcida y egoísta.

Entregarse a la recuperación de la enfermedad de Parkinson podría implicar crear un nuevo hábito de diálogo *entre dos personas* para reemplazar el viejo monólogo interno. Para algunas personas, esta entrega puede darse muy rápido, en cuestión de segundos. Para otros, puede ser difícil. Al principio, una persona que no tiene el hábito de orar de forma periódica o comunicarse con un amigo invisible y que quiere cambiar sus hábitos mentales para desactivar la pausa podría tener que entregarse de nuevo cada unos pocos minutos. Pero esta entrega podría ser más fácil con el tiempo a medida que los beneficios físicos y emocionales comienzan a manifestarse en momentos de relajación y disminución temporal de los síntomas del Parkinson.

Si cambiar la orientación de los pensamientos no se parece mucho a una "entrega", piensen la situación como una batalla mental: una persona con una pausa autoinducida está acostumbrada a elegir lo negativo, es decir, *elige* inconsciente o incluso conscientemente luchar *contra* lo positivo.

Algunas personas con EP trabajan como esclavos para mantenerse positivos. Algunos han trabajado en ello toda su vida. Otros trabajan duro para *aparentar* ser positivos frente a otros, a pesar de su monólogo interno negativo en secreto. Muchos son muy espirituales e incluso dedican sus vidas a ser profesionales religiosos. Y pueden decir que puede ser una *batalla* dejar que el corazón esté a cargo y así apagar el monólogo interno negativo, impulsado por el miedo, que se pone en marcha por el uso de la pausa autoinducida. Si se trata de una batalla, el vocabulario de guerra, como la palabra "entrega", es apropiado.

La palabra entrega también puede significar "dejar de luchar contra el mundo y permitirse ser amado". Puede significar: "Deja que tu yo superior (comportamiento guiado por el corazón) elija activamente la bondad y el amor, una y otra vez, a pesar de que todo tu cerebro (impulsado por el ego y amante de los hábitos) te esté gritando que elijas el temor, el aislamiento y la negatividad".

Y es una batalla. Si solo se usa la *propia* mente para luchar contra los hábitos mentales, será una batalla perdida: el cerebro de un individuo no puede esperar que su actitud positiva nueva, débil e incipiente gane una batalla contra sus hábitos arraigados desde hace mucho tiempo, que son poderosos, negativos e impulsados por la pausa. Pero si una persona desarrolla una relación de mucha confianza con algo que considera que *representa* la bondad o la alegría, entonces puede, en algún momento, "entregarse" y elegir

confiar en el juicio del amigo invisible, en lugar de su propio juicio cada vez más distorsionado. Cuando se pone del lado del amigo, abre su corazón. Su corazón inmortal, su alma, o lo que podría llamarse su superconsciencia, *puede* ganar una batalla contra sus meros hábitos mentales negativos conscientes y subconscientes. Usando las metáforas chinas de que el corazón es el Rey y la mente es el gobernador, el Rey triunfará sobre el gobernador todas las veces (si se le permite hacer su trabajo).

Dos ejemplos de guerreros que luchan en la batalla

Un corresponsal de Europa oriental con EP me escribió después de haber estado hablando con un amigo más de 3 años: [Cuando empecé a hablar con mi amigo] "No pensé que fuera posible para una persona tener el control de sus pensamientos. ¿El control de la mente es una habilidad que se puede aprender? ¿Como un idioma nuevo o un arte marcial? Ahora, parece que soy capaz de soportar ataques más fuertes del demonio (pensamientos negativos) mucho más que antes. A veces, parece que no hay nada que la mente pueda arrojarme que no pueda cambiar por algo más positivo. Solo lleva algo de tiempo y energía".

Antes de hacer los ejercicios para desactivar la pausa, nunca se había comprometido de forma mental con un poder superior o un amigo. Aunque se consideraba muy espiritual, era extremadamente cínico y sus correos electrónicos eran muy negativos. Durante más de 3 años, me escribió, al menos, una vez a la semana para contarme sus dudas y temores. En los meses anteriores a haber escrito lo anterior, había comenzado a notar que sus síntomas de EP estaban desapareciendo, y había llegado al punto de que solo regresaban cuando se permitía a sí mismo pensar en su preocupación hipotética favorita de que algún día le diagnosticaran cáncer (su "demonio"). Le había llevado años llegar a su nueva perspectiva positiva, y *había* sido una batalla. Durante años, me había enviado correos electrónicos en los que me decía que era imposible cambiar la forma en que funcionaba su mente, y me preguntaba cómo podía justificar una actitud positiva frente a tantos problemas terribles en el mundo y en sí mismo, etc., etc. Mi respuesta siempre fue: "Buenas preguntas. Pregúntale a tu amigo, no a mí".

Un mes después de escribir sobre su "demonio", escribió un correo electrónico que me sorprendió porque era muy optimista y positivo: "Permíteme expresarme: Creo que la vida te presenta desafíos en los que, para salir adelante, uno tiene que cambiarse a sí mismo. Ese es el don divino, porque lo que uno tiene que cambiar es algo que le faltaba o que no se le daba bien. Es una manera en que Dios nos perfecciona. Es parte de la evolución de la vida".

En su siguiente correo electrónico, escribió: "Tengo la sensación de que mis síntomas se están reduciendo más rápido que antes. Cada día noto algún nuevo detalle positivo en el movimiento o síntoma de recuperación. Se está convirtiendo en un juego de pequeñas cosas últimamente, que pueden hacerme sentir mejor o peor. Así que les presto atención. Practico para que mi mente piense automáticamente en la luz (positiva) cuando me enfrento a algo. He notado que puedo sentir mi cuerpo mucho más. Incluso las cosas pequeñas. Sé que este es un paso en la dirección correcta".

Un corresponsal de Francia con EP me había estado escribiendo durante casi 3 años. Sentía que era muy espiritual, y quería que su amigo invisible fuera Alá. Luchó con esta relación y me envió muchas preguntas, mientras sus síntomas de EP, ya bastante avanzados, continuaban empeorando. Estaba profundamente desanimado. Después de aproximadamente 2 años de esto, sumó a su difunto padre a sus conversaciones con Alá.

Envió muchos correos electrónicos sombríos y angustiantes, incluso desesperados, pidiéndome que le dijera qué hacer.

Siempre le respondía lo mismo: "No me preguntes a mí, pregúntale a Alá; pregúntale a tu padre".

Las relaciones "invisibles" comenzaron a mejorar. Casi un año más tarde, cuando envió lo siguiente, su comprensión era muy diferente: "Le pregunté a Alá por qué tenía miedo y, a veces, no salgo de mi ego sin resistencia. La respuesta fue que tengo miedo de que si bajo la guardia, algo malo va a suceder. Mi confianza en Alá se está fortaleciendo y sigo adelante. Siempre he buscado la ayuda de los demás. Ahora tengo claro que solo debo pedírsela a Alá. Sé que Alá está aquí y cuida de mí de alguna manera. He avanzado tanto que mi corazón se ha abierto bastante. Sigo hablando con Alá y con mi padre".

"Ahora, a menudo, siento una gran alegría sin ninguna razón. Desde anoche, he tenido tres episodios cortos, así que mis síntomas desaparecieron un 70 %. Solo duraron unos minutos cada vez, pero sucedieron. Mis conversaciones con Alá son cada vez más fuertes y me estoy volviendo más persistente en buscar estar cerca de Él. Gracias por todo".

"Déjate llevar; deja de luchar"

Una de las respuestas más frecuentes que mis pacientes recibieron de sus amigos invisibles, al preguntarles "¿Qué debo hacer para recuperarme por completo?" fue: "déjate llevar". O "deja de luchar".

Una pregunta típica de seguimiento que *me* han hecho los pacientes con respecto a esa respuesta ha sido: "¿Qué significa eso?" Cuando sugerí que esta era la misma idea de "entregarse", mis pacientes pensaron de manera casi universal que debía estar equivocada. Al mismo tiempo, no tenían ningún punto de referencia para entender lo que significaba "déjate llevar; deja de luchar", algo que sus *propios* cerebros (a través de sus corazones y sus amigos invisibles) les estaban diciendo que hicieran.

Este tema se aborda en detalle en el libro *Stuck on Pause*. Por ahora, "entregarse" o "dejarse llevar" puede entenderse como "*elegir* pensar y hablar con sus amigos invisibles cariñosos todo el tiempo, en lugar de *elegir* detenerse en sus propios pensamientos negativos que han cultivado con tanta firmeza". Entregarse a la compañía y el cuidado de sus amigos afectuosos y dejar de escuchar los pensamientos que han creado que les dicen, erróneamente, que *ustedes* y sus miedos son las únicas cosas que los mantienen a salvo.

Esto suena tan simple. Pero los hábitos mentales, a veces, pueden ser difíciles de romper. Según cuánto tiempo una persona ha estado en pausa autoinducida, aprender a cambiar los hábitos mentales de cautela y, en su lugar, elegir la compañía de un amigo invisible puede tomar unos minutos… o algunos años.

Semántica

Como comentario al margen, algunas personas se han opuesto a mi uso del término amigo "invisible". Han dicho que suena demasiado infantil, demasiado inmaduro, demasiado cercano a la idea de un amigo "imaginario". He considerado usar algunos de los otros términos tradicionales para el tipo de comunicante del que estoy hablando: "sin forma" y "sin cuerpo". Sin embargo, estos términos están muy asociados con enseñanzas religiosas específicas. Otras palabras, como "comunicante", se sienten demasiado técnicas. Usar solo la palabra "amigo" podría ser confuso, ya que, a menudo, hago referencias a personas que "reciben tratamiento Yin Tui Na de un amigo", es decir, un amigo físico y cercano. Poner

en mayúsculas la palabra, convertirla en "Amigo", parece sugerir incorrectamente una asociación religiosa subyacente. Si no les gusta el término "amigo invisible" para describir a la persona, personaje ficticio o animal con el que pueden sentirse cómodos hablando y riéndose todo el tiempo, creen el término que ustedes deseen.

La persona que quiere desactivar la pausa autoinducida tiene que darle la espalda a su propia mente y elegir aceptar las verdades positivas que su amigo invisible ofrece, verdades tales como: "te amo" o "estoy aquí contigo".

La mente en pausa podría tratar de contrarrestar con astucia tales declaraciones con preguntas del tipo "pobre de mí" como "Bueno, entonces, si siempre has estado ahí para mí, ¿por qué fui maltratado cuando era niño? ¿Por qué se lastima a niños inocentes? ¿Por qué soy tan infeliz?"

Mis pacientes me han hecho las preguntas anteriores y muchas, muchas más como justificación para no confiar en nadie o nada, incluidos los santos, los seres queridos o Dios. En especial Dios. Pero este es el discurso de un cerebro en pausa. La mayoría de los seres humanos, y casi todos los animales, son capaces de experimentar la vida, a pesar de los peligros y riesgos. Las personas en pausa autoinducida fingen estar muertas y culpan a los peligros y los riesgos de la vida por su elección.

"Entrega" es una palabra que, a menudo, se asocia con la búsqueda religiosa o espiritual, como en la frase "entregarse al amor de un poder superior". Para una persona que intenta desactivar la pausa autoinducida, tomen nota: entregarse *no* significa "acostarse y morir". En este caso, significa "elegir desarrollar su relación con su amigo lleno de amor, en lugar de dar preferencia a su ego impulsado por el miedo". Significa darle la espalda al enojo o al resentimiento secretos, ¡ignorarlo! Enfoquen la atención en un amigo que pueda ayudarlos a salir adelante, que pueda ayudarlos a volver a la vida.

El panorama general

Aquí me voy por las ramas, al principio, podría parecer algo demasiado alejado de la realidad para muchos pacientes, pero ha demostrado ser útil para muchísimas personas: *si* una persona elige aprovechar el consuelo afectuoso de su amigo invisible, si se "entrega" a los pensamientos que tiene ese amigo y rechaza el murmullo negativo de su propia mente, con el tiempo, podría descubrir que su *supuesto* maltrato (que podría haber contribuido a su decisión de usar la pausa autoinducida) fue una manifestación de las leyes universales perfectas de causa y efecto (karma). Podría ser capaz de considerar la posibilidad de que el alma es inmortal y puede volver a nacer una y otra vez, pero también que puede llevar consigo las reacciones y los recuerdos de las acciones de la vida anterior. Podría recordar de la clase de física en la escuela secundaria que para cada acción hay una reacción igual y opuesta. Esto incluye las reacciones que nos ayudan a decidir antes de nuestra concepción qué padres nos ayudarán más a avanzar o a resolver las consecuencias de nuestras malas acciones pasadas. Si este es el caso, aunque la vida de uno puede ser desafiante o incluso aterradora, no hay tal cosa como la "injusticia" final.

Una persona que toma la perspectiva más amplia y universal y admite que el universo tiene leyes de causa y efecto, y que por cada acción hay (tarde o temprano) una reacción igual y opuesta podría terminar viéndose forzada a admitir que es infeliz porque mantiene su mente enfocada como un láser en las cosas que a su *ego* no le gustan, mientras ignora las verdades universales a través de la afirmación de que todo en este universo cuántico altamente interconectado sucede como una respuesta a alguna acción o

pensamiento previo. Las cosas suceden por una razón bien merecida, incluso si no recordamos cuál es esa razón.

En el trabajo de recuperación, lo que comienza como entregarse ante las actitudes positivas de un amigo invisible puede terminar siendo una entrega ante algunas verdades poco atractivas para el ego, pero que, en última instancia, son verdades liberadoras y llenas de alegría sobre la justicia *final* y la protección amorosa del universo.

Cosas terribles le suceden a la gente en este mundo. Los orígenes de estos eventos sombríos podrían estar ocultos en la niebla de *miles* de vidas pasadas. Al elegir enfocarse en lo positivo, muchas grandes almas a lo largo de la historia han sido capaces de traer niveles, al parecer, imposibles de paz y alegría a sí mismas y a los demás, a pesar del karma (las *vidas* perfectamente equilibradas y, en última instancia, justas del karma) de ellas mismas y de los demás. Pero solo pueden hacer esto cuando eligen mantener su *enfoque* en lo que provoca inspiración. Es una elección constante, y puede requerir un reentrenamiento mental determinado y constante para algunas personas.

El uso del modo simpático y del amigo invisible

Muchas personas *sanas* pueden oscilar entre albergar pensamientos negativos y celebrar los pensamientos positivos. Utilizan el modo *simpático*, no la pausa, cuando evocan pensamientos negativos. Pero las personas con una pausa autoinducida se han *encerrado* cada vez más en el pensamiento del borde de la muerte (que incluye la idea de que están esencialmente solos en el universo). Incluso si creen que un poder superior aparecerá o estará con ellos *más adelante*, tal vez después de la muerte, están, al menos por ahora, solos.

A menos que *trabajen* para contrarrestar sus pensamientos negativos bien ensayados usando sus conversaciones dirigidas por el corazón, en lugar de sus hábitos cerebrales, las personas que usan la pausa autoinducida en realidad no tienen muchas opciones en cuanto a cómo piensan. Se han ordenado a sí mismos a entrar en un modo neurológico que, como efecto secundario, los mantiene enfocados en el análisis negativo y la *sensación* de estar solos en el universo.

Con el fin de sentirse lo suficientemente segura como para que la pausa se desactive, la persona tendrá que llegar a la posición mental extrema de rechazar de manera consciente los pensamientos negativos. Querrá aferrarse lo más que pueda hasta que la pausa se desactive a una relación constante y *apasionada* con algo o alguien que represente todo lo que es amoroso y que esté alineado con el "bien" en el universo o forme parte de él.

Hay muchos nombres para este "bien". Una persona religiosa podría llamarlo Dios o un poder superior. Un fan de Star Wars podría llamarlo "La Fuerza". Un niño pequeño podría llamarlo amigo mágico, amigo invisible o abuelo secreto extra. Uno de mis pacientes con ascendencia alasqueña lo denominaba Raven. Puede ser la voz imaginaria de una mascota o un héroe histórico o incluso de ficción.

No importa quién sea o cómo lo llamen. Si quieren desactivar la pausa autoinducida, tendrán que sumergirse en lo positivo, lo bueno, y lo *lúdico* hasta un grado tan extremo que el cuerpo estriado y el tálamo se reactivarán a *pesar* de sus órdenes mentales previas de estar entumecidos o aislados del mundo.

No hay síntomas del Parkinson mientras uno tenga "rectitud moral"

Por otra parte, aunque el cerebro podría estar cada vez más encerrado en el pensamiento negativo la mayor parte del tiempo, muchos de mis pacientes con EP tipo I

fueron capaces de moverse sin problemas cuando hacían actividades que consideraban "buenas": ya sean actividades morales o seguras.

Había múltiples variaciones sobre lo que se consideraba moral o seguro. Este fue otro de los síntomas desconcertantes de la enfermedad de Parkinson que me llevó a darme cuenta de que había un componente mental en la mayoría de mis pacientes con Parkinson.

Por ejemplo, algunos de mis pacientes no tenían síntomas de enfermedad de Parkinson durante el sexo porque el sexo, para esos pacientes, siempre era algo bueno. Para otros, el sexo era una actividad que empeoraba sus síntomas porque, para ellos, estaba cargado de implicaciones y juicios morales. Para algunos, ver una película siempre era seguro. Para otros, ver una película causaba el empeoramiento de los síntomas porque "no es algo muy productivo" o "de valor". Una paciente podía moverse con total normalidad cuando lavaba la ropa, aunque estaba casi inmóvil el resto del día. Según sus palabras: "Por supuesto que puedo moverme con normalidad cuando estoy lavando la ropa. Lavar la ropa *siempre* es algo *bueno*".

Aun cuando sus síntomas de Parkinson empeoraban, muchas personas con EP tipo I podían, no obstante, moverse mejor o incluso con total normalidad mientras hacían o pensaban en hacer una actividad que habían decidido que era irreprochable a nivel moral: una actividad "segura".

Ya he mencionado a las personas con Parkinson que podían moverse con normalidad cuando regresaban a su casa del trabajo, cuando se acostaban en la cama al final del día, u otras situaciones que les daban un respiro temporal del juicio ajeno. El "juez" puede ser la propia persona o el juicio imaginario por parte de otras personas. En mi caso, siempre podía escuchar tanto la voz crítica de mi madre juzgando todo lo que hacía, como mi propia voz crítica juzgando a los demás. Y en muchas personas en recuperación parcial, el Qi del canal del estómago que pasa por las piernas circulaba con perfecta normalidad mientras les contaba un chiste y volvían al patrón de pausa con flujo en retroceso tan pronto como decía de manera portentosa "Uh oh…".

Una persona en pausa *biológica normal no* debería poder entrar y salir de la pausa hasta que la situación se haya considerado segura y la persona haya realizado los pasos que desactivan la pausa. Esta es una *ley* biológica y fisiológica. Y después de que la pausa se haya desactivado, no debería volver a activarse, a menos que ocurra un nuevo evento que represente una amenaza inminente a la vida.

Pero las personas con pausa *autoinducida* en realidad no tienen una pausa normal: tienen un híbrido de los modos neurológicos que ellas mismas crearon, posiblemente sostenido por lo que podría denominarse con términos técnico el uso de dos personalidades. *Una* de las personalidades está usando la pausa, según sea necesario, lo que ocurre cada vez con más frecuencia.

Luego de la primera década de mi investigación, me desconcertaba por completo cómo algunas personas podían moverse con total normalidad mientras hacían algo que consideraban "bueno a nivel moral" o algo "por lo que no podían ser juzgadas" y luego volver al esquema de pausa y a los síntomas en un abrir y cerrar de ojos. Como se mencionó antes, este tipo de transición rápida de corriente eléctrica o cambio de síntomas en respuesta a un pensamiento se considera, en la medicina china, un problema psicológico, no físico.

Este fenómeno intermitente es solo uno de los muchos comportamientos anormales que me llevaron a formular la hipótesis reticente de que las personas con EP tipo I podrían estar usando un mínimo de dos personalidades.

Este es un tema enorme y su abordaje completo está más allá del alcance de este libro sobre la enfermedad de Parkinson. Para entender mejor *cómo* las personas con EP tipo I pueden tener dos o más conjuntos de comportamientos, por ejemplo, uno con síntomas del Parkinson y otro con movimiento normal y saludable mientras realizan actividades que se consideran nobles a nivel moral, lean *Stuck on Pause*.

Repito: tengan en cuenta que no hay dos personas con EP que sean iguales. A lo largo de este libro, me valgo de generalizaciones. Cuando se trata de los comportamientos de la personalidad, generalizo bastante. También recuerden que *no* todas las personas con Parkinson tienen las actitudes "espirituales" específicas que se describen en este libro, pero podrían tener alguna variación secular de ellos. Además, recuerden que las posturas mentales descritas en esta sección están asociadas con el Parkinson tipo I, y no tanto con los otros tres tipos de enfermedad de Parkinson.

Un tipo común y corriente

Como ejemplo de una persona que *no* tenía la personalidad parkinsoniana, había un paciente con EP que asistía a nuestra clínica gratuita (que cerró en 2003), una clínica en la que se daba un entorno de tratamiento grupal (una sala grande y abierta con siete pacientes a la vez). Los pacientes y los cónyuges llegaban a conocerse bastante bien a lo largo de varios meses. Al cabo de unos meses, la cónyuge de un paciente me apartó y me dijo en confianza: "No estoy segura de que este sea un buen lugar para nosotros. Todos los demás pacientes son tan intensos, tan brillantes. Mi esposo es tan diferente a todos ellos. Es lo que yo llamo un tipo común y corriente. Su momento más feliz es cuando está con amigos, cocinando con una cerveza fría en una mano y dando vueltas las hamburguesas con la otra".

Su "tipo común y corriente" resultó tener *solo* Parkinson tipo II. Había sufrido una lesión en el pie durante la Segunda Guerra Mundial debido a que se le había caído una caja de municiones sobre el pie. Todo su pelotón, excepto él, murió ese día. No solo se había disociado de la lesión en el pie, sino de los horrores de todo ese día. Nunca le había contado a su esposa sobre ese día. No tenía *recuerdos* de ese día hasta que llevábamos un tiempo trabajando en su lesión en el pie. Después de varios meses de tratamiento Yin Tui Na en el pie, que era evidente que estaba lesionado, los huesos del pie se volvieron a posicionar en sus lugares correctos. De repente, recordó los acontecimientos de ese fatídico día en el Teatro de Operaciones del Pacífico. Entró en un shock grave y violento, y salió corriendo de la clínica, con náuseas y a los gritos. Tuvieron que mantenerlo sedado durante meses. Pero la idea principal es que él nunca se *ordenó* a sí mismo volverse entumecido. Tenía el tipo de disociación normal y biológica de su lesión en el pie y de todo ese día sangriento, una disociación que no puede desaparecer hasta que la persona llegue a un lugar seguro. Era evidente que su tratamiento Yin Tui Na era su "lugar seguro". *Tampoco* tenía la personalidad parkinsoniana, aunque definitivamente tenía enfermedad de Parkinson: enfermedad de Parkinson *solo* tipo II.

El término médico occidental "personalidad parkinsoniana" es una generalización amplia. En realidad, la descripción *no* se ajusta a todas las personas con enfermedad de Parkinson idiopática. Mucho antes de descubrir que hay cuatro variantes del Parkinson idiopático, tuve bastantes pacientes que me dijeron: "Mi personalidad no encaja con la descripción". Y algunos de ellos estaban en lo cierto. Resulta que la personalidad parkinsoniana es más pronunciada, en caso de que esté presente, en personas con EP tipo I, y también se manifiesta con fuerza en *algunas* personas con EP tipo IV.

Por otra parte…

De hecho, muchas personas que sentían, al principio, que la descripción de la personalidad *no* encajaba, con el tiempo, decidieron que, *algunas* veces, presentaban algunas características de la personalidad parkinsoniana.

Una de mis pacientes con Parkinson insistió en que no estaba *para nada* entumecida o estoica, y mi descripción del entumecimiento que la mayoría de las personas con Parkinson presentan ante el dolor físico o emocional no encajaba con ella en absoluto. Además, dijo que no tenía una moral *estricta*: nunca criticaba en público a los demás aunque tomaran decisiones erróneas o tuvieran comportamientos equivocados.

Le pregunté cómo manejaba las situaciones estresantes. Insistía en que nunca se dejaba entumecer como forma de afrontar el dolor o el estrés.

En nuestra tercera sesión, se ofreció como voluntaria: "He estado pensando en cómo solía lidiar con la forma en que mi primer esposo conducía. Cuando estaba enojado conmigo, conducía muy rápido, se arriesgaba mucho. Él sabía que eso me asustaba y era su manera de hacerme sufrir. Así que lo enfrenté yendo a un lugar interior completamente gris, donde no podía verme afectada por nada. ¿Es posible que lo que yo llamo el lugar gris esté relacionado con lo que tú llamas "estar entumecido?".

Mientras lo hablábamos, ella se dio cuenta de que, de hecho, era muy buena para entumecerse física y emocionalmente cuando su marido conducía muy rápido. Y en otras ocasiones, también.

De hecho, su capacidad para *siempre* aparentar estar calmada y siempre manifestar lo que ella llamó "gracia bajo presión" estaba relacionada con su capacidad para "ir al lugar gris" en cualquier grado que la situación justificara. Siempre había considerado su proceso de estar calmada desde lo profundo (entumecida) un signo de su alto grado de autocontrol, madurez y capacidad espiritual para estar por encima de las emociones negativas.

Solo cuando vio la relación entre lo que consideraba su gracia implacable y su uso de varios grados "del lugar gris" fue capaz de darse cuenta de que su gracia constante y absoluta bajo presión estaba, de hecho, relacionada con su capacidad para entumecerse. La mayoría de las veces, su uso de la "gracia" era más moderado que cuando su (ahora) exmarido conducía demasiado rápido. Pero, al final, se dio cuenta de que, en cada situación de estrés, en diferentes grados, lidiaba con el estrés mediante el uso del modo de pausa, el modo de cercanía a la muerte, no mediante el uso de sensación radiante de conexión llena de alegría del modo parasimpático, que ayuda a una persona a soportar con tranquilidad competente cualquier situación de dolor físico o emocional. Tampoco utilizaba el modo simpático, la forma saludable de enfrentar los miedos.

Las personas sanas *no* utilizan el modo de pausa como una forma de mantener la entereza social. Utilizan una combinación del modo parasimpático y el modo simpático para sobrellevar el día. La pausa es un modo excepcional, que solo debería activarse en momentos de amenazas inminentes para la vida, un modo que podría salvar la vida, pero también inhibirá la capacidad de estar completamente vivo y resonante con alegría, las sensaciones somáticas de alegría que solo pueden existir cuando una persona se siente segura, o al menos no al borde de la muerte inminente.

En cuanto a su insistencia en que *no* tenía una moral estricta, se dio cuenta de que, a pesar de que siempre *se mostraba* amorosa, comprensiva y sin prejuicios, dentro de su mente tenía un marcado sentido del bien y el mal que constantemente aplicaba en la evaluación de las acciones y los motivos de los demás, así como los de ella misma.

A modo conclusión de este capítulo sobre la personalidad parkinsoniana, en un intento de resumir las cosas, la mayoría de mis pacientes con tipo I y algunos pacientes con tipo IV tenían mayor *in*capacidad para relajarse y disfrutar o reírse con facilidad de sí mismos. Además, la mayoría tenía temor y no comprendía bien la idea de entrega.

Los siguientes párrafos comparten dos ejemplos de casos prácticos que ayudan a ilustrar mejor estos puntos. Repito, deben tener en cuenta que no hay dos personas con EP que manifiesten estos comportamientos de personalidad de la misma manera.

"…me ha convertido en lo que soy hoy"

Un paciente se consideraba un gran yogui esotérico y meditador, aunque nunca asistía a las meditaciones grupales de su templo ni meditaba, porque consideraba que estaba por encima de todo eso.

Antes de conocer a este paciente, muchos de mis pacientes *recuperados* habían mencionado un sentimiento de entrega profunda ante Dios o algún poder superior durante el momento en que desactivaron su Parkinson para siempre y de forma repentina. Todavía no había descubierto cómo una persona podía reiniciar su cuerpo estriado hablando con un amigo.

Por lo tanto, estaba hablando con este nuevo paciente sobre la posibilidad de que "entregarse a lo Divino" (una frase de yoga con la que pensé que podría estar familiarizado) podría ser útil.

A mi paciente le repugnaba esta idea. Se sentó, rígido e inmóvil, en el sofá de mi consultorio mientras temblaba con fuerza y lo sostenía su ayudante a tiempo completo.

Su voz, reducida desde hacía tiempo al más leve de los susurros, produjo con orgullo las palabras: "Tengo mucho éxito. Gano *mucho* más dinero que tú. ¡Y es mi *negativa* a entregarme lo que me ha convertido en lo que soy hoy!"

Yo estaba muy entristecida por su respuesta y, observando su inmovilidad casi total y su incesante y poderoso temblor, respondí: "No podría estar más de acuerdo contigo".

La cuidadora de otro paciente me contó que a su cliente le daba orgullo "no sentir emociones".

"Un día, después de llevarlo a casa de su grupo de meditación nocturna y ayudarlo a llegar a la puerta, noté que en su sala de estar no había ningún mueble. Había una nota pegada en la barandilla que decía que su esposa se había ido y que su abogado se pondría en contacto con el suyo. Ni siquiera le había dicho que estaba *pensando* en irse. Fue una sorpresa impactante. Me sentí muy mal por él, y le pregunté si quería que me quedara con él un rato. Él respondió con orgullo: 'No, estoy bien. Esta es la tercera vez que me deja una mujer. No estoy molesto. No siento nada en absoluto. Me he elevado por encima de ese tipo de emociones'".

La cuidadora agregó: "Creo que fue entonces cuando por fin empecé a entender lo que escribías en tu libro sobre el Parkinson".

Proporcioné los ejemplos anteriores sobre la personalidad parkinsoniana para que quede claro que las personas con EP tipo I podrían tener una batalla feroz por delante si creen que pueden vencer su estoicismo mental y límites emocionales, tan perfeccionados y bien ensayados, confrontándolos con unos cuantos pensamientos débiles, nuevos y no ensayados. Ese sería el cerebro luchando contra el cerebro. Los nuevos pensamientos *no*

pueden esperar ganar esa batalla. La parte del cerebro con los hábitos más fuertes ganará esa batalla cada vez.

En casos como estos, el cerebro solo puede ser reentrenado en un estado de obediencia sana dirigido por el corazón. El corazón, apoyado e instruido por la compañía constante de un amigo invisible, puede, con facilidad *o* con el tiempo, asumir el papel que le corresponde en la regulación de los comportamientos del cerebro y la destrucción de los comportamientos que ya no son necesarios. En la medicina china, el Rey del cuerpo, el corazón, es el único que puede refrenar a un "gobernador" fuera de control, el cerebro.

Una persona que quiere desactivar la pausa autoinducida debe elegir vivir la mayor parte del tiempo posible en un mundo completamente diferente al falso que creó cuando se puso en pausa: debe regresar a un mundo dominado por el corazón en el que habita(n) su(s) amigo(s) invisible(s), amigos que lo aman y pueden reír con él. Esta persona debe negarse, una y otra vez, a escuchar o relacionarse con sus propios hábitos de pensamiento negativo.

A menudo, las personas con Parkinson no saben que hay otra forma de ser que la que ellos mismos han creado. Un paciente me dijo: "Un amigo me llevó a un concierto y no dejaba de mirar a mi alrededor y comentar lo que hacía la gente. En un momento dado me dijo: '¡Solo relájate y disfruta de la música!' No tengo ni idea de lo que estaba hablando… ni idea de lo que quería que hiciera".

En contraposición, otro paciente, unos días después de recuperarse, me dejó un mensaje telefónico en el que decía: "Hola, siento haber faltado a mi cita de hoy. Me encontré sentada en la playa observando las gaviotas y me di cuenta de que *nunca* me había sentado a mirar las gaviotas. La sensación de disfrutar de las vistas era tan nueva y encantadora que decidí quedarme en la playa en lugar de ir a verte. Pensé, qué diablos, no es la muerte de nadie si falto a mi cita".

Cuando nos vimos más adelante en la semana, la felicité por ser "irresponsable" por primera vez en su vida: por elegir la espontaneidad, en lugar de "apegarse al plan"; elegir la alegría, en lugar de lo "correcto"; decidir/comprender que, de hecho, no estaba siempre al borde de la muerte: no estaba manteniendo a raya a la muerte por ser "buena".

Aunque este capítulo se ha alejado mucho de su punto de partida, que era tan solo definir la personalidad parkinsoniana, es de esperar que haya proporcionado al lector una base para comparar sus propios pensamientos y comportamientos mentales con los que son comunes en las personas con pausa autoinducida. Esta información puede ser útil al leer el siguiente capítulo, que explica cómo determinar qué *tipo* de EP tiene una persona.

Por supuesto, la manifestación de la personalidad parkinsoniana de cada persona, si la hay, será en cierto modo única y personalizada. Cuando las personas crean sus propias justificaciones mentales y reglas de comportamiento, reglas que se aplican solo a sí mismas y a nadie más, se puede acabar con una casi infinitud de posibilidades mentales y de comportamiento.

Intentar plasmar en un breve capítulo la enorme gama de variaciones de personalidad que he visto es imposible. Y, sin embargo, ciertos temas surgen una y otra vez: cautela, ansiedad, "no causar problemas", una gran orientación moral, un sentido de superioridad mental/moral, una intensidad de propósito implacable, estoicismo, gracia bajo presión a través del entumecimiento, dificultad creciente para sentir alegría o *tristeza* y un sentimiento de repulsión ante la idea de entregarse.

Muchos lectores me han enviado un correo electrónico similar a: "Acabo de leer tu libro: ¿has estado leyendo mi mente?" o "¡Creo que me has estado espiando!" Uno me

escribió: “Nunca pensé que alguien pudiera saber lo que sucede dentro de mi mente y mi cuerpo. Has descrito mis pensamientos más secretos”.

No he estado leyendo mentes ni espiando a nadie. Pero he trabajado con cientos de personas con la enfermedad de Parkinson, la mayoría de las cuales tenían EP tipo I debido a una pausa autoinducida. De hecho, yo misma la tuve. Así que tengo una idea general de cómo es y cómo se siente, incluidos los componentes de la personalidad. También aprendí mucho sobre lo que les sucede durante la recuperación, como se comentará en los próximos capítulos sobre los síntomas de recuperación.

Obtener un buen diagnóstico puede ser un paso crucial para recuperarse de una enfermedad. Si ahora están bastante seguros de que tienen la enfermedad de Parkinson y creen que podrían ajustarse al perfil de personalidad descrito en este capítulo, es probable que tengan EP tipo I. Si no están seguros de la personalidad, pregúntenle a su cónyuge o a un amigo cercano. Muchos pacientes me han dicho en una primera reunión que no encajan en el perfil de personalidad parkinsoniana en absoluto, momento en el que su cónyuge estalla en carcajadas: “¡Ay, claro que sí! ¡Encajas perfectamente!” Una vez más, uno de los cónyuges afirmaba que su esposo tenía EP tipo I en función de su personalidad y sus patrones de pensamiento. De hecho, tenía tipo IV El daño en su cráneo causado en un accidente de tránsito fue tan grave que casi nada de Qi de los canales estaba fluyendo a través de su mesencéfalo. Después de muchos tratamientos craneosacrales, cuando los huesos del cráneo se volvieron a acomodar en la posición correcta, exclamó: “¡Estoy feliz!” Estaba sintiendo alegría por primera vez en años. Su personalidad real era muy positiva y optimista. Solo había manifestado la personalidad parkinsoniana durante los 20 años siguientes a un accidente de tránsito. En el mundo de la enfermedad de Parkinson, 20 años en la vida de una persona de 70 es un período relativamente corto.

Aunque no puedan decidir si tienen o no algunos aspectos de la personalidad parkinsoniana, no se desesperen. Pueden utilizar las pruebas del siguiente capítulo para determinar qué tipo de EP tienen.

Diferenciación de los cuatro tipos de EP

Si han decidido que ustedes o que un amigo o ser querido tienen la enfermedad de Parkinson, este capítulo los guiará a través de los pasos que sigo para determinar qué *tipo* de Parkinson tiene una persona.

Los ejercicios de este capítulo se centran en determinar si una persona está 1) en pausa, 2) en una pseudopausa a raíz de una lesión sin curar y disociada, o 3) ambas. Más adelante, se averigua si la pausa o la disociación es *autoinducida* o no.

A medida que avanzamos en este capítulo, *partimos* de la suposición de que la persona en cuestión tiene EP tipo I, Parkinson a raíz de una pausa autoinducida. Las pruebas de este capítulo se utilizan para filtrar al 5 % o 6 % de las personas que *solo* tienen EP tipo II o tipo III: Parkinson a raíz de una pseudopausa.

La pausa y la pseudopausa requieren tratamientos muy diferentes para desactivarse. Si una persona *solo* tiene EP tipo II o tipo III, las pruebas de este capítulo se lo harán saber. Si una persona tiene *tanto* tipo I como tipo II, la presentación más común, necesita enfocarse en recuperarse del tipo I. Cuando este se haya curado, entonces puede concentrarse en cualquier lesión física restante de la que se haya disociado. Al final del capítulo, se ejemplifica esto con un caso práctico.

Prueba diagnóstica n.º 1: inducción temporal del modo de pausa

Esta prueba tiene dos partes. Puede dejar en claro lo que se siente al 1) *estar* en pausa y 2) *no* estar en pausa. El ejercicio permite a cualquier persona experimentar *de forma temporal* el modo de pausa, y sentir algunas de las sensaciones físicas que lo acompañan o la falta de ellas, así como sentir algunos de los cambios mentales/emocionales que pueden ocurrir en la pausa. Un amigo o familiar, si es que está presente, que trabajará con la persona con EP también puede hacer esta prueba para experimentar lo que se siente al quedarse atascado en una pausa.

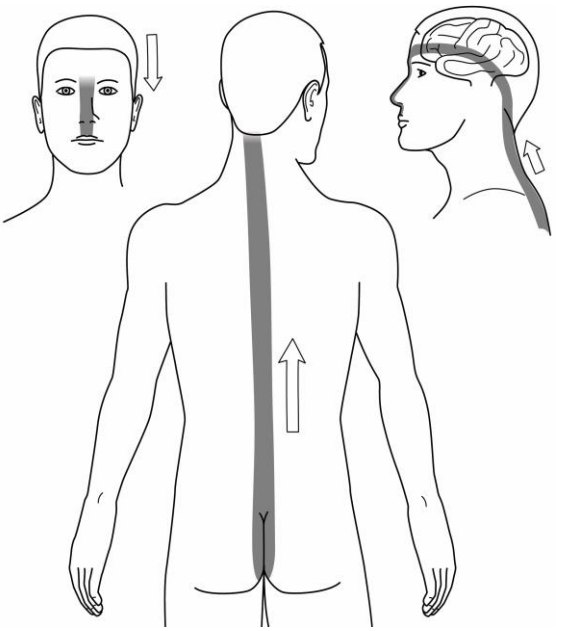
- Si aún *no* están atascados en la pausa, podrán experimentar de manera temporal y comparar el estado de pausa con el estado de no estar en pausa a través de los siguientes ejercicios.
- Si *están* atascados en la pausa, es probable que no sientan mucha diferencia mientras hacen las dos partes del ejercicio, por eso se trata de una prueba diagnóstica.

Parte A) <u>*No* estar en pausa:</u>

Cierren los ojos. Imaginen una corriente que se mueve hacia arriba por la espalda, desde la parte más baja de la espalda hasta el cuello y la cabeza. La corriente está aproximadamente un octavo de pulgada (3 mm) debajo de la piel y tiene un cuarto de pulgada (6 mm) de ancho. Esta corriente sigue el recorrido del canal Du.

La corriente imaginaria puede estar hecha de cualquier cosa que se mueva: luz, electricidad, viento, agua, calor, frío, o una sensación de hormigueo (cualquier cosa que puedan imaginar en movimiento). Imaginen que pueden sentir cómo fluye esta energía con facilidad justo debajo de la piel que se encuentra sobre la columna vertebral. Imaginen que

la energía viaja desde la parte inferior, la "base" de la columna vertebral, hasta el cuello, penetra en las vértebras del cuello, llega al tronco encefálico y al centro del cerebro y, de ahí, al centro de la frente. Imagínense que emerge del cerebro en la frente, fluye por la cara y permanece justo debajo de la piel hasta bajar por el labio superior y entrar en la boca. Este es el recorrido que sigue el canal Du cuando una persona está en modo parasimpático. Si *no* están en pausa, esto debería ser muy fácil de imaginar. No deberían tener que hacer ningún esfuerzo.



Si la respuesta inmediata a estas instrucciones fue "No puedo hacer visualización", es probable que estén en pausa, ya sea biológica o autoinducida. Pero incluso si, por lo general, no pueden hacer visualizaciones, inténtenlo.

Fig. 17.1 El canal Du en modo parasimpático

Parte B) <u>En pausa</u>:

Repitan el ejercicio anterior, pero, *esta* vez, imaginen que *detienen* el flujo del canal Du en la base del cuello. *No* permitan que ninguna corriente fluya hacia la cabeza. Sientan que han creado un patrón de retención, una onda estacionaria, en la corriente que fluye sobre la columna vertebral. Podría haber energía a lo largo de la columna vertebral, pero no permitan que se mueva hacia el cuello o la cabeza.

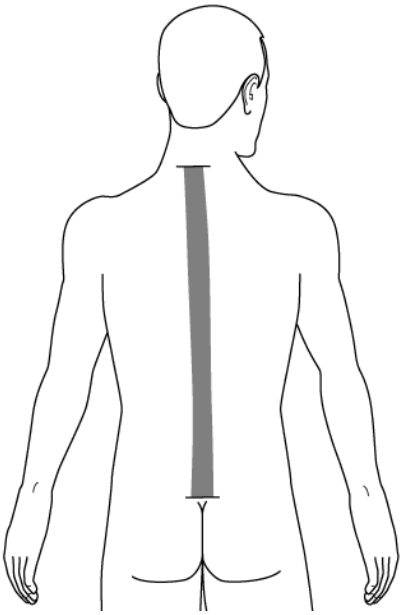
Mantengan este patrón de retención durante 5 minutos, cómo máximo, si es que soportan hacerlo durante ese tiempo. Después de unos 5 minutos, o tal vez incluso antes, comiencen a notar los cambios en los músculos, la expresión facial y los pensamientos. Noten la sensación imprecisa de opresión, constricción o entumecimiento en las proximidades del corazón. Esta constricción es lo opuesto a la expansión en el área del corazón que acompaña a la alegría. En solo 1 o 2 minutos, puede sentir que los músculos se tensan un poco. Los brazos pueden incluso estar flexionados a nivel del codo, lo que genera tensión y rigidez en los bíceps.

Los músculos faciales podrían estar caídos, si están relajados, o pétreos, si están preocupados. Los pensamientos pueden ser cautelosos, y pueden incluir nociones como "No me gusta hacer esto *para nada*" o incluso "Esto es horrible; siento que me estoy muriendo". La sensación de tener un área resonante en el pecho que se expande o se contrae con la alegría o la tristeza, respectivamente, estará cada vez más debilitada cuanto más tiempo mantengan esto. En este libro, se hace referencia a esta resonancia con varias frases diferentes, como el sentimiento del corazón, la percepción del corazón, y la sensación del

corazón. Estos términos *no* se refieren a las palpitaciones del corazón, que son las sensaciones tangibles de preocupación del latido cardíaco.

A medida que continúen imaginando que nada de energía es capaz de moverse desde la espalda hasta el cuello, es posible que deseen agregar un segundo bloqueo de canal en el cuello. En general, la energía en la parte posterior de la cabeza en los canales UB, ligeramente a los lados izquierdo y derecho del canal Du, fluye desde la cabeza, baja hacia el cuello y luego permanece justo debajo de la piel, desde donde fluye hacia abajo por la parte posterior del torso y debajo de la escápula (omóplatos).

En *pausa*, el canal UB, *por lo general*, no puede fluir con facilidad en su recorrido habitual hacia el torso. En cambio, el canal UB suele bloquearse en el cuello, justo por encima del UB-11.



Nota: El dibujo del canal Du en pausa *no* tiene flechas que muestren movimiento direccional. En la antigua descripción china se utiliza esta bonita metáfora: cuando ocurre esta detención, el canal Du deja de ser un río y se convierte en "un embalse".

Fig. 17.2 El canal Du en modo de pausa: bloqueado en el cuello

Si quieren hacer que la experiencia de pausa sea más intensa, 1) continúen imaginando que la energía del canal Du *no puede* subir hasta el cuello *e* 2) imaginen que la energía en el canal UB, en los *lados* izquierdo y derecho del canal Du, *no puede* bajar hacia los hombros. En cambio, imagínense que fluye hacia el espacio justo por encima del UB-11. Después de 1 o 2 minutos, podrían notar que ahora se perciben un poco fuera de su propio cuerpo. Un lugar común "fuera del cuerpo" es unos dos centímetros por detrás de la nuca.

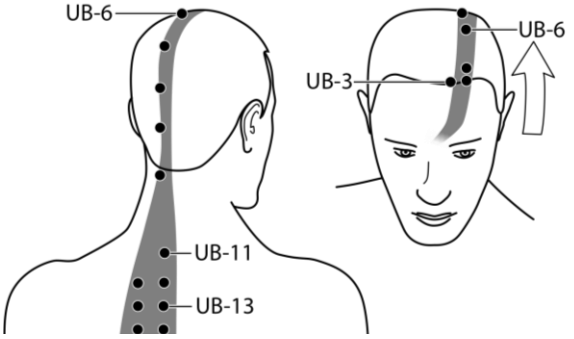


Fig. 17.3 La parte sana y parasimpática del canal UB del lado izquierdo que pasa por la cabeza y el cuello.

Aunque es difícil distinguirlo en esta postura en ángulo, los canales UB de los lados izquierdo y derecho, después de partir del punto entre las cejas, están justo a los *lados* del canal Du, y fluyen desde la cabeza hasta los dedos de los pies: en la dirección opuesta al Du saludable.

Los bloqueos de estos dos canales UB y el canal Du en el cuello, junto con la rigidez creciente en el cuerpo, la opresión en el pecho alrededor del corazón, y la sensación de estar fuera del cuerpo, son todos síntomas de estar en pausa.

Al imaginar que la energía no puede atravesar la parte posterior del cuello en ninguna dirección, lograrán hacer bloqueos temporales tanto en el canal Du como en los canales UB. Este comportamiento del Qi de los canales bloqueado es normal durante el modo de pausa.

¿Han sentido durante el tiempo suficiente lo que es estar en pausa? Dejen que las corrientes reanuden la circulación por el cuello y cabeza otra vez.

No se preocupen, no quedarán atascados en pausa solo por hacer este ejercicio. Tan pronto como reanuden el flujo de energía a través del cuello, el Du suba hacia el cuello y el UB baje desde la cabeza hacia los hombros, todos esos extraños síntomas de pausa desaparecerán… siempre y cuando *no* hayan estado ya atascados en la pausa antes de empezar este ejercicio.

Evaluación

Aquí está la parte de diagnóstico: si están atascados en la pausa, es posible que no hayan sentido mucha diferencia entre las sensaciones físicas de la parte A y la parte B.

En contraposición, si pudieron imaginar *sin dificultad* una corriente que sube hacia el cuello y la cabeza en la parte A, y si se sentía bien, normal, e incluso automático, y no requería trabajo mental de su parte para hacer que la corriente entre en el cuello y la cabeza; *y* si se sintieron incómodos o extrañamente inhibidos durante la parte B, es probable que *no* estén atascados en una pausa. Si tienen EP, no pueden sentirse identificados con ninguna parte de la personalidad parkinsoniana y no están atascados en una pausa, entonces tienen EP *solo* tipo II o *solo* tipo III. Pueden pasar al siguiente capítulo o quedarse y hacer la siguiente prueba, si lo desean.

Más detalles sobre la respuesta de la Parte A

Al hacer la parte A, en la que imaginaron una corriente parasimpática y saludable subiendo por el cuello y entrando en la cabeza, si, al principio, se sintieron un poco mareados (una oleada poco habitual de liberación de dopamina que no es duradera), es probable que estén atascados en una pausa. Si hacer la parte A los hizo sentir aún *más* cautelosos de lo habitual o más vulnerables, o tal vez experimentaron el pensamiento: "No debería estar haciendo esto" o, si sintieron un endurecimiento o incomodidad, o incluso el miedo a la *posible* incomodidad, en el corazón, el estómago, la garganta u otra área, es probable que estén atascados en una pausa. Si se sintieron "anormales" mientras imaginaron que la energía fluía por el cuello y entraba en la cabeza, es probable que estén atascados en una pausa. Si se necesita *esfuerzo* mental para imaginar la energía que sube hacia el cuello y la cabeza, en lugar de solo observar que la energía, de hecho, ya fluye por este recorrido, es probable que estén atascados en una pausa. Si *pueden* imaginar que la energía sube hacia la cabeza, *pero* sienten que la energía deja de fluir hacia la cabeza tan pronto cuando dejen de forzarla, es probable que estén atascados en una pausa.

Al hacer la parte B, cuando se evita que la corriente suba al cuello y la cabeza, si se sienten más "normales" o más "naturales" o es "más fácil" cuando *impiden* que la corriente entre en la cabeza, es probable que estén atascados en una pausa. Si *dejar* la corriente se

detenga en la base del cuello o del cráneo les resulta más familiar, es probable que estén atascados en una pausa.

Si no pudieron hacer el ejercicio de imaginar la energía que fluye por el cuello y entra en la cabeza, es probable que estén atascados en una pausa. Si no pueden sentir, imaginar o visualizar nada, o no pueden entender la consigna, es probable que estén atascados en una pausa.

De hecho, si no saben lo que se *entiende* por las palabras "el área resonante en el pecho que se expande o se contrae con la alegría o la tristeza, respectivamente", es probable que estén atascados en una pausa, y desde hace mucho, mucho tiempo. Si todas las otras referencias al "sentimiento del corazón" (una *sensación* real y física) o la "resonancia del corazón" (una *sensación* real e intuitiva) en este libro no tienen sentido, es probable que estén atascados en una pausa. Querrán concentrarse en desactivar la pausa antes de pensar en lidiar con cualquier lesión.

Semántica, un comentario al margen

El pericardio es el tejido conectivo altamente conductor que rodea al corazón. El pericardio genera y regula las sensaciones de los sentimientos del corazón, como la alegría, el dolor y la paz que satisface el alma. Las sensaciones del corazón asociadas con la paz y la alegría (sensaciones que generalmente son escurridizas para una persona en pausa) incluyen una sensación de expansión vibratoria en el pecho. Esta no es la expansión física del pecho que se produce durante la inhalación. Es una sensación sutil como si el campo eléctrico de influencia alrededor del corazón se hubiera hecho más grande.

Sentir paz *no* significa experimentar entumecimiento o somnolencia, como muchas personas con EP tipo I suponen de manera errónea. Sentir paz en el corazón es una sensación distinta y expansiva. *No* es la ausencia de sensación. Cuando se está en pausa, la *percepción* de las sensaciones generadas por los cambios en el pericardio está inhibida.

Las frases "abre el corazón" o "sé de buen corazón" son instrucciones para redirigir más de la percepción hacia las *sensaciones* reales de expansión eléctrica de la percepción impulsada por la resonancia en el pecho, que, a su vez, está impulsada por un mayor amperaje en el pericardio. Al hacerlo, expanden el número de frecuencias electromagnéticas con las que el tejido conectivo que rodea al corazón puede literalmente "sintonizarse".

Si creen que las frases como "ser de buen corazón" se usan para dar a entender que hay que "tener pensamientos buenos" o "ser amable", es posible que estén atascados en una pausa. La razón por la que no asocian las frases sobre los sentimientos del corazón con las sensaciones reales en el pecho es porque no las sienten. Es posible que hayan ido por la vida suponiendo que las referencias a los sentimientos del corazón o a "ser de buen corazón" eran metáforas o referencias poéticas a ser bueno o amable. No eran expresiones metafóricas sino literales.

Repetiré esto porque este concepto puede ser nuevo e incluso inquietante (o ignorado) para alguien que hace mucho tiempo está en pausa. He hablado con muchas personas con EP que me dijeron: "He leído cada palabra de tus libros, excepto las cosas sobre el corazón, que, en realidad, no tienen nada que ver con la enfermedad de Parkinson". El tema de los sentimientos del corazón *está* relacionado con el de la pausa autoinducida. Tiene que ver con cambios perceptibles, sensaciones de expansión y contracción, en el área del corazón. Estas sensaciones son impulsadas por los cambios en el campo eléctrico

alrededor del pericardio que ocurren en respuesta a los cambios en el pensamiento y el estado de ánimo.

Por otra parte, si siempre han sabido que "ser de buen corazón" significa "sintonizar con la sensación de expansión en el pecho mientras se enfocan en algo alegre", o algo parecido a eso, es probable que *no* estén en una pausa autoinducida. Es *probable* que tampoco estén en una pausa biológica, a menos que sea de origen tan reciente que todavía recuerden lo que son los sentimientos del corazón. Es probable que tengan EP *solo* tipo II o *solo* tipo III: EP a raíz de una disociación, no del modo de pausa.

Prueba diagnóstica n.º 2: fuera del cuerpo

Esta prueba los ayudará a determinar si durante los momentos de autoconciencia *sienten* el cuerpo desde el interior *o* se *miran* a sí mismos desde algún lugar fuera de sus cuerpos.

La prueba de estar dentro o fuera del cuerpo

Cierren los ojos. Imagínense que están caminando por una calle arbolada preciosa. Es un día hermoso. Los pájaros cantan. Una suave brisa agita las hojas. El cielo es azul.

Tómense de 10 a 20 segundos para imaginar esto. Luego, háganse esta pregunta: ¿Están experimentando el paseo desde el *interior* del cuerpo, *sienten* las sensaciones de caminar y *sienten* la agradable expansión en el área del corazón mientras escuchan a los pájaros? ¿O están *mirando* adormecidos su cuerpo mientras pasean por la calle?

Si están fuera de su cuerpo, mirándolo, ¿pueden imaginarse con igual facilidad dentro de su cuerpo mientras experimentan las sensaciones del paseo y el bienestar desde adentro? Si no son *capaces* de imaginarse dentro de sus cuerpos, les cuesta un poco, o es difícil hacer que la conciencia sensorial *permanezca* dentro una vez que se coloca allí, es probable que estén en pausa.

Si imaginan que la *mayor* parte de la autoconciencia está dentro del cuerpo, pero un brazo, una pierna, o tal vez el área del corazón, o alguna combinación de partes específicas del cuerpo, se observa desde el exterior, o tal vez les "faltan" los pies, podrían estar disociados de esas partes del cuerpo, pero es muy probable que *no* estén en pausa. Con la pausa, por lo general, uno se percibe a sí mismo fuera del cuerpo por completo. Con la disociación, una persona puede imaginar que una o unas pocas áreas específicas son inaccesibles o visibles solo desde el exterior, pero el resto del cuerpo es capaz de sentir que está dentro, en lugar de fuera, del cuerpo propiamente dicho.

Si tienden a observar o pensar en su cuerpo como si estuvieran fuera de él, mirándose a ustedes mismos en lugar de *sentir* la existencia a través de la resonancia del corazón (en realidad, del pericardio) como el principal punto de referencia, es muy probable que estén atascados en una pausa.

¿Por qué deberían hacer esta prueba?

Esta prueba tiene dos propósitos. El primero es diagnóstico: la mayoría de las personas con EP tipo I o tipo IV se perciben a sí mismas *fuera* de sus cuerpos. Si tienen síntomas de la enfermedad de Parkinson *pero* están *dentro* de sus cuerpos, es probable que tengan la EP *solo* tipo II o *solo* tipo III.

La otra razón por la que hago esta prueba es para ayudar al paciente con EP tipo I, a veces reticente, a darse cuenta de que, de hecho, está utilizando la autopercepción patológica. Muchas personas con EP tipo I insisten en que *no* hay factores psicológicos involucrados. A veces, la comprensión de que se perciben a sí mismos fuera de sus cuerpos es lo suficientemente rara como para empezar a *contemplar* que, de hecho, *podrían* tener un problema en la mente, *así como* en el cuerpo.

Variaciones en la sensación de "estar fuera del cuerpo"

Si, cuando hablan, imaginan que las palabras se escriben a máquina mientras hablan o se deletrean en la "pantalla de video" de la imaginación, es posible que estén atascados en una pausa.

Si usan mentalmente *palabras* o la *lógica* para autoevaluar cómo se sienten, en lugar de revisar las *sensaciones* de expansión y contracción en el área del corazón sin utilizar palabras, podrían estar atascados en una pausa.

Si se mueven bajo *órdenes* mentales dirigidas al cuerpo, en lugar de disfrutar de las sensaciones vibrantes o lánguidas de las acciones motoras que ocurren de forma automática e inmediata al pensar o *imaginarse* el movimiento del cuerpo y, en especial, si no saben lo que significa esta frase, es probable que estén atascados en una pausa.

Si no tienen idea de lo que quiero decir con "*sentir* el cuerpo desde el interior" o "sentimientos del corazón", es probable que estén atascados en una pausa.

Respuestas al yoga y al Qi Gong, más variaciones en la sensación de "estar fuera del cuerpo"

Consideren sus experiencias, si es que las tienen, con el yoga, la meditación, el Qi Gong o el Tai Chi Chuan (también conocido como Tai Chi). Si estas técnicas de autoconciencia no les han generado los sentimientos prometidos del corazón de alegría pacífica y expansiva, podrían estar en pausa. Si han realizado durante años las prácticas anteriores y las han llevado a cabo sin sentir un aumento constante de una alegría similar a la de la infancia y las sensaciones lúdicas de energía que inundan las diversas partes del cuerpo a medida que se mueven o se concentran en ellas, es posible que estén en pausa.

Si hacen los tipos de movimiento o prácticas de inmovilidad anteriores mientras tratan de hacer que el cuerpo y/o sus movimientos sean simétricos, uniformes, mecánicos o "correctos", en lugar de percibir y disfrutar de las sensaciones agradables o incluso emocionantes de la fuerza vital que se mueve dentro de ustedes, es posible que estén en pausa.

Por otro lado, *si* les gusta hacer este tipo de ejercicios de superación personal porque los ayudan a apagar el monólogo interno y les permite saborear, *sin palabras*, la percepción intensificada de la energía somática en las distintas partes del cuerpo, es probable que *no* estén en pausa. Si les gusta hacer la "postura del cadáver" en yoga porque les encanta la percepción intensificada de la energía que se libera de los músculos, fluye por la columna vertebral y entra en la cabeza y el corazón, y la percepción intensificada de resonancia somática con alegría en la inmovilidad profunda del cuerpo, es probable que *no* estén en pausa. Si tienen EP y sienten estas alegrías mientras hacen estos ejercicios, es probable que tengan EP *solo* tipo II o *solo* tipo III: pseudopausa provocada por una lesión sin curar o mal curada de la que se han disociado.

Por otra parte, si les gusta hacer la "postura de cadáver" en yoga porque les permite "apagar" y/o fingir que están entumecidos o muertos, es probable que estén en pausa.

De mis pacientes con Parkinson que han practicado de forma constante el movimiento y las artes meditativas (un porcentaje sorprendentemente alto), la mayoría me ha dicho que sus décadas de meditación en silencio, asanas de yoga, formas de Qi Gong, Tai Chi u otros ejercicios de movimiento "espiritual" *no* han generado una mayor percepción de la alegría interior o de la resonancia del corazón. Todo lo contrario: han sentido cada vez menos alegría y/o menos sentimientos del corazón a lo largo de los años, a pesar de que llevan décadas haciendo estos ejercicios supuestamente "elevadores".

Además, muchos de ellos han dicho que el "cadáver" es su postura favorita de yoga porque les permite sentirse *inmóviles* o incluso entumecidos, lo *contrario* al verdadero propósito de la postura del cadáver. [63]

---

[63]Nota de vocabulario: Para aquellos que hacen ciertos tipos de meditación budista o védica, recuerden que entrar en el llamado "vacío" se refiere a desactivar los pensamientos impulsados por el ego y la charla mental constante. Esto *no* significa volverse *insensible* a la alegría que vibra en silencio detrás de cada átomo. La palabra "vacío" es una mala traducción. "Reino de vibraciones intangibles de amor" o "lugar de ausencia de ego lleno de amor" podrían haber sido mejores opciones que la palabra "vacío". He tenido pacientes budistas con EP, como monjes budistas e incluso maestros, cuyo primer idioma era el inglés, que estaban atrapados en una pausa autoinducida. En *todos* los casos, habían dado por sentado de manera errónea que la palabra "vacío" significa entumecimiento, ¡incluso falta de alegría!

El idioma inglés ni siquiera tiene una palabra o frase que se use para decir "expansión del corazón a raíz de la alegría". En inglés, no tenemos frases comunes que signifiquen "*joie de vivre*" (francés) o *kai xin* (chino, literalmente el corazón [Xin] se expande de la misma forma en que se despliega un pimpollo [Kai]), por lo general, se traduce como la palabra insípida "feliz". No tenemos una frase en inglés que signifique la consciencia de Dios manifestada de manera emocional y eléctrica como energía y materia. Sí existe en latín: *spiritus sanctus*. Literalmente, esta frase significa "el Aliento Sagrado (de Dios)", o "los pensamientos de Dios que se manifiestan como vibraciones de energía". Esta hermosa frase se ha traducido muy mal a las escrituras cristianas en inglés como "Espíritu Santo" de todas las cosas.

Para ilustrar los desafíos de la traducción, he aquí un ejemplo sobre los carteles en la India, el país natal de Buda y de Krishna y Rama. En los ashrams de la India, he visto carteles en dos idiomas, hindi e inglés, en la entrada de algunas de las salas de meditación. El mensaje en hindi tenía dos palabras. La primera palabra es un verbo que puede significar "mantener" o "guardar" (este mismo verbo se usa en carteles como "Mantener la puerta cerrada"). La segunda palabra en la frase es "shanti", que generalmente se traduce mal al inglés como "paz". Estas dos palabras juntas *podrían* traducirse al inglés como "mantente en paz: mantente lleno de tranquilidad, radiante, alegre".

Pero las traducciones de los carteles al inglés dicen: "Guardar silencio".

Las palabras shanti y silencio tienen significados *subyacentes* completamente diferentes. La dulce expansión del corazón está implícita en "shanti". El autocontrol y la rigidez podrían estar implícitos en "¡Silencio!"

La paz es un sentimiento dinámico del corazón. Muchas personas atascadas en la pausa no son capaces de acceder a este sentimiento, o incluso no son capaces de entender que la palabra paz puede *referirse* a una sensación real: una sensación de expansión o aumento de la sintonía del corazón proveniente del pericardio. Muchos angloparlantes que han estado atascados durante mucho tiempo en pausa incluso piensan que la palabra "paz" significa "inmóvil", y señalan la frase "una noche tranquila" como un ejemplo. Pero dudo que la palabra "inmóvil" se pueda aplicar al muy dinámico Jesús, que a veces es descrito como un "Príncipe de Paz".

Solo tipo II o tipo III

Si sintieron la sensación de estar caminando por la calle como si estuvieran dentro de sus cuerpos y *sentían* los brazos balanceándose y/o las piernas caminando, es probable que no estén en pausa. Si las descripciones anteriores de la práctica de yoga o Qi Gong les parecen ejercicios mecánicos ridículos o extraños porque los hacen por las sensaciones lúdicas o incluso emocionantes que genera la energía que se mueve en el cuerpo, no están en pausa. Si, en la prueba n.º 1, pueden imaginar sin dificultad la energía del canal Du subiendo hacia el cuello y la cabeza, es una confirmación adicional de que no están en pausa. Si tampoco pueden sentirse identificados con la personalidad parkinsoniana para nada e incluso sus cónyuges les dicen: "No, tú no eres así", pueden estar bastante seguro de que *no* están en pausa. Si tienen EP, se debe a una pseudopausa que causa el tipo II o el tipo III.

Los comportamientos de visualización del cerebro

Las dos pruebas anteriores examinaban los comportamientos en todo el cuerpo. A veces, puede ser útil saber si una lesión o el entumecimiento en un lugar *específico* es incapaz de curarse debido a una pausa o a una disociación. Esto puede ser especialmente útil en la búsqueda de la(s) ubicación(es) de la lesión que está manteniendo activada la pausa *biológica*, lo que causa EP tipo IV.

La información de esta próxima sección es solo una introducción. El tema se desarrolla en mayor profundidad en el libro *Stuck on Pause*. Estoy exponiendo esta información también aquí para ayudar a explicar la prueba diagnóstica que se utilizó en el próximo caso práctico.

Para determinar si un área localizada es incapaz de curarse debido a una pausa o a una disociación, se deben mirar *mentalmente* los lugares donde se haya producido una lesión o donde la energía parece dejar de fluir.

Cuando se trata de visualizar las áreas lesionadas o con un traumatismo que no se han curado a través de la imaginación de la luz y/o la oscuridad dentro del cuerpo en estas áreas, el cerebro tiende hacia dos tipos distintos de imágenes mentales. Un tipo de imagen mental se pone en marcha al disociarse. El otro tipo se pone en marcha al estar en pausa.

Disociación

Cuando una persona está disociada de una parte del cuerpo, si trata de imaginarla primero llena de luz y, luego, llena de oscuridad, le resulta más fácil imaginarla llena de

---

Esta nota al pie de página está aquí para señalar lo difícil que es describir las sensaciones de alegría del corazón y la paz del corazón usando palabras en inglés. Las palabras específicas para estas sensaciones *existen* en otros idiomas.

Las personas que no han experimentado sentimientos cardíacos durante mucho tiempo, porque están atascadas en una pausa, pueden no tener forma de saber exactamente lo que se están perdiendo. Y si son angloparlantes ni siquiera tienen *vocabulario* para explicarlo. En cambio, muchos de mis pacientes han dicho cosas como: "Ya ni siquiera sé lo que significa la palabra alegría" o, simplemente: "Estoy deprimido".

Por otra parte, una paciente que no tenía enfermedad de Parkinson y que solo hablaba español, cuando sintió por primera vez que el Qi de los canales reanudaba su flujo en el brazo que llevaba tiempo entumecido, compartió su alegría señalando con el dedo hacia arriba y hacia abajo, una y otra vez, y exclamando: "¡Espíritu Santo! ¡Espíritu Santo!"; el amor de Dios manifestado le había regresado al brazo. Al menos ella tenía palabras para describirlo. Los angloparlantes no.

oscuridad. La oscuridad se manifestará como estar quieto, inmóvil, o tal vez incluso ser invisible. La persona podría encontrarse diciendo: "No sé lo que estoy tratando de buscar…".

Eso se debe a que el cerebro está diciendo, según la orden anterior: "No hay nada allí".

Pausa

Si una persona está en pausa, cuando trata de imaginar la luz y, luego, la oscuridad en alguna parte de su cuerpo donde no puede sentir el Qi de los canales fluyendo con facilidad o su amigo o su profesional de la salud que sabe percibir el Qi de los canales no lo encuentra, a la persona suele resultarle más fácil imaginar esa parte de su cuerpo llena de oscuridad que de luz.

Sin embargo, a diferencia de la inmovilidad o la invisibilidad profunda que se percibe en las partes del cuerpo de las que una persona se ha disociado, las áreas del cuerpo asociadas al estado de pausa parecerán oscuras y *agitadas*. Esta percepción visual de la agitación que se imagina puede adoptar la forma de un movimiento pequeño, como si los átomos se estuvieran moviendo demasiado rápido hacia delante y hacia atrás. O como si los capilares se estuvieran moviendo de manera agitada. O la percepción de movimiento en el área oscura podría parecer humo flotante o lodo. El punto es que hay una sensación de que algo no está estable. El área *no* posee tranquilidad rítmica o pacífica. Una vez más, el *movimiento inestable* de cualquier tipo dentro de la oscuridad imaginaria se asocia con estar en pausa.

Esta percepción del movimiento está relacionada con los procesos cerebrales normales y saludables para salir de la pausa. El primer paso para desactivar la pausa es la evaluación. El cerebro tiene que prestar atención al área lesionada y/o que induce una pausa. Cuando llevan la atención o se imaginan mentalmente que miran un lugar del cuerpo asociado con el estado de estar en pausa, el cerebro les dice que esta área no está estable: está agitada. Esta sensación de agitación es un llamado de atención. La sensación de agitación se produce en la parte del *cerebro* asociada con esa parte del cuerpo, *no* en la parte del cuerpo en sí. Las personas a las que les *falta* una extremidad pueden sentir este tipo de agitación en la extremidad que no está allí. De nuevo, cuando se hace la visualización, la agitación asociada con la parte del cuerpo que sufrió el traumatismo, en realidad, proviene del cerebro, no de la parte del cuerpo.

Se *supone* que este comportamiento cerebral debe mantener su atención o atraer aún *más* atención a la parte del cuerpo que sufrió el traumatismo; esto ayuda al cerebro a concentrarse en el área, evaluarla y seguir adelante con la curación, una vez que la situación que pone en riesgo la vida se ha estabilizado.

Las personas que están *atascadas* en una pausa están evitando, ignorando o quitándole importancia mentalmente a estos comportamientos cerebrales que captan la atención. Si el área que sufrió el traumatismo se sigue imaginando agitada a pesar de que el daño físico se ha curado hace mucho tiempo, significa que el cerebro está atascado en un comportamiento de evitación, e ignora el área que está agitada. Si el cerebro se ve obligado a prestarle atención al área, notará que está agitada, lo que hace que el cuerpo siga en pausa aunque el lugar que ha sufrido el traumatismo se haya estabilizado hace tiempo. En términos de tratamiento, para desactivar una situación en la que una persona está atascada en una pausa biológica, se comenzará por centrarse en el (las) área(s) que parece(n) estar agitada(s).

Evaluar las percepciones de inmovilidad frente a las de agitación en un lugar específico es una manera sencilla de determinar si una persona está lidiando con una lesión o un trauma mediante el uso de la disociación o la pausa.

Traumatismo en todo el cuerpo

No todos los traumatismos que inducen una pausa son específicos de un lugar. Algunas personas entran en una pausa biológica cuando están al borde de la muerte a raíz de un traumatismo *en todo el cuerpo*, como una respuesta anafiláctica a la picadura de una abeja, un incidente de cuasiahogamiento, o algún otro shock físico o emocional cercano a la muerte que afecte todo el cuerpo. En estos casos de traumatismo en todo el cuerpo, las áreas que se perciben agitadas (cuando se imaginan) son, a menudo, áreas a lo largo de la columna vertebral: el sacro, la base del cuello, el bulbo raquídeo del tronco encefálico y/o el área de la columna vertebral cerca del corazón.

En algunas personas que están atascadas en una pausa biológica, la sensación de agitación puede estar presente en un lugar específico de la lesión *y* en varias áreas a lo largo de la columna vertebral y el cuello.

Las personas que están atascadas en una pausa autoinducida tienen comportamientos de visualización similares a los de las personas que están atascadas en una pausa biológica. Pero si la pausa se indujo en respuesta a un trauma emocional, no físico, la agitación percibida, *si la hubiera*, podría aparecer en el sacro, la base del cuello o incluso dentro de la cabeza, en lugar de en algún lugar de la lesión.

Las siguientes dos secciones explican un poco más sobre *por qué* se desarrolla una situación de agitación en personas que se encuentran en una pausa *biológica*, y cómo se puede tratar, para que así la pausa se desactive.

Prestar atención a la agitación

En una respuesta saludable a un trauma, mantener la atención en el lugar de la lesión o las áreas que el cerebro registra que están agitadas ayuda a procesar la lesión. El cerebro puede decidir si el trauma se ha estabilizado o no. Cuando lo ha hecho, si la señal de agitación se apaga, la pausa se desactiva y los niveles más profundos de curación comienzan en el área dañada.

En los animales, una sensación de agitación que se *percibe* que proviene del área dañada induce al animal a lamer y frotar el lugar lesionado; de esta forma, se optimiza el flujo sanguíneo en las inmediaciones y se acelera la curación. Una vez que la sensación de agitación se apaga, puede volver a evaluarse que el área está estable y saludable o al menos lo suficientemente saludable como para volver a la vida. Luego, se puede desactivar la pausa.

Las personas que se quedan *atascadas* en una pausa todavía no han llevado su atención consciente al área que sufrió el traumatismo o que está agitada mentalmente, le están diciendo con la mente “ahora no”, o tan solo no saben cómo comenzar a procesar el trauma. Por la razón que sea, el cuerpo no es capaz de eliminar el trauma de esta área, y el cerebro sigue percibiendo que el área está agitada, y el cuerpo permanece atascado en la pausa.

Contrasten esto con las percepciones del cerebro de un área disociada: hay oscuridad e inmovilidad porque el cerebro finge que no hay nada allí, tal y como se *supone* que debe hacer después de una lesión significativa. La disociación continúa hasta que se

llega a un lugar seguro y, luego, el cuerpo puede volver a asociarse con el dolor o la lesión, y comenzar el proceso de curación. O bien, el área permanece oscura y disociada en el cerebro porque nunca encuentran un lugar seguro *o* porque le *ordenaron* al cerebro que no reconozca esa parte del cuerpo o la lesión.

"Vas a estar bien"

A los seres humanos que intentan estabilizarse después de un traumatismo que induce una pausa les resulta beneficioso que alguien, sin importar quien, les diga: "Estás bien; vas a estar bien". Ofrecer palabras que confirmen que "vas a estar bien" es una respuesta humana casi *automática* a alguien, incluso a un completo desconocido, que está en pausa.

Por lo general, podemos escuchar que este mensaje de "voy a estar bien" viene de nuestro propio corazón. Pero si estamos en un grado alto de pausa, es posible que necesitemos escucharlo de alguien *externo* a nosotros mismos. También podemos oírlo de un extraño, un ser querido o un ángel guardián. Pero tenemos que escucharlo de algún lugar. De lo contrario, nos quedamos en pausa. Si hemos cerrado nuestro corazón mediante las órdenes de no sentir, entonces estamos en un aprieto: no tenemos manera de iniciar la sensación de seguridad que se necesita para salir de la pausa.

En las salas de recuperación quirúrgica, donde la gente intenta salir de los efectos de la anestesia, los pacientes a menudo gritan: "¡Ayúdenme! ¡Ayúdenme!" Incluso si alguien dice: "Estoy aquí, vas a estar bien", que es lo correcto, el paciente podría volver a caer en los efectos de la anestesia por un tiempo. Cuando vuelve a despertar, podría decir: "¡Ayúdenme!" una vez más, sin tener idea de que ya lo ha dicho antes. Esto puede continuar durante un tiempo. Aun así, la respuesta correcta, cada vez, es: "Vas a estar bien". Eso es lo que el cerebro necesita saber. Cuando el cuerpo ha estado al borde de la muerte o en coma, el cerebro *necesita* que el corazón, un enfermero que esté a su lado, o la voz imaginaria de su perro que ha fallecido le digan "Estás bien. Vas a estar bien". Esto permite que el cuerpo comience a tomar los pasos que desactivan la pausa.

A muchas personas que están *atascadas* en una pausa biológica nunca se les dijo que estaban bien, o que iban a estar bien. No se les dio tiempo para procesar por completo su trauma. Estuvieron al borde de la muerte, pero volvieron bruscamente a la actividad, lo que requirió la activación de una respuesta con norepinefrina. La pausa nunca tuvo la oportunidad de desactivarse.

Al trabajar con personas que están atascadas en una pausa *biológica*, el paciente puede hacer uso de un amigo imaginario. Mientras se concentra mentalmente en la parte del cuerpo que parece agitada, el paciente pregunta en silencio al amigo imaginario: "¿Voy a morir en los próximos minutos a causa de este traumatismo que sucedió hace años?" El amigo imaginario, que no miente, siempre dirá: "No, has sobrevivido". Y luego, si/cuando, por lo general, a regañadientes, el paciente termina estando de acuerdo con el amigo en que está, en verdad, vivo y ya no está en riesgo de muerte *inminente* a raíz de ese traumatismo específico, mientras continúa enfocándose mentalmente en el área que se percibe como agitada, el paciente podrá seguir los pasos que desactivan la pausa. Esos pasos, como recordarán, incluyen confirmar que la situación ahora es segura, inspirar de forma profunda y audible, realizar inclinaciones suaves de la cabeza y sacudir la columna vertebral. La agitación cesará. En el libro *Stuck on Pause*, se incluye más información sobre este tema.

Por otra parte, si el paciente percibe que el área *no* está agitada, si se percibe rígida e inmóvil, el problema es la disociación. El tratamiento es muy diferente al de la pausa. Consiste en desactivar el comportamiento de evitación en el cerebro. En el libro *Yin Tui Na*, se incluye más información sobre este tema.

Muy pocas personas con EP tienen el tipo IV. Esta introducción al tratamiento para la EP tipo IV se incluyó aquí para ayudar a explicar por qué puede ser importante diferenciar entre las percepciones cerebrales de "inmovilidad interna" y "agitación interna", y cómo un amigo imaginario puede ayudar de una manera muy específica si una persona está atascada en una pausa *biológica*. Ya comentamos que el amigo imaginario era útil para la pausa autoinducida. El amigo también puede ser útil en personas con una pausa biológica de la manera que se describió antes.

Necesitaba introducir estos conceptos aquí para explicar el próximo caso práctico. Para concluir este capítulo, compartiré un caso práctico en el que el paciente con EP estaba usando una pausa autoinducida *y* se había disociado de una lesión, aunque esta *no* inducía una pausa.

Caso práctico: dedo en la tabla de cortar

Ocho meses antes, trabajé con una paciente con EP en el transcurso de dos sesiones, con unas semanas de diferencia. Ahora, se había recuperado casi por completo de la EP. Aproximadamente un año y medio antes de que comenzara a trabajar conmigo, había tenido un accidente con un cuchillo de cocina. Había perdido la movilidad en el dedo anular después de haberse cortado con el cuchillo casi hasta el hueso. El dedo parecía estar completamente curado, pero no podía sentirlo ni doblarlo. Ella era pianista profesional, y supuso que esta pérdida de la sensación y la flexibilidad significaba el fin de su carrera. Su médico le diagnosticó una discapacidad permanente y le dijo que los nervios cortados no pueden curarse (estaba equivocado, sí que pueden[64]).

Le sostuve el dedo por unos momentos para realizar la sujeción del Yin Tui Na. El dedo no respondía en absoluto.

Le pedí que cerrara los ojos e imaginara que estaba buscando luz, y luego oscuridad, en el dedo anular lesionado. No solo dijo que ese dedo estaba oscuro e *inmóvil*, sino que era imposible encontrarlo. No estaba allí. Esto significaba que se había disociado del dedo, probablemente en el momento de la lesión.

Entonces le pedí que imaginara que *tenía* un dedo anular *en algún lugar*, y que estaba lleno de una luz hermosa. Me contó cuando por fin lo logró. Le pregunté *dónde* se encontraba ese dedo anular que estaba mirando

[64] El Dr. Peter Carney, en la American Academy of Pain Medicine 2020 Annual Meeting (Reunión Anual de la Academia Estadounidense de Medicina del Dolor de 2020) (Resumen 421, 29 de febrero de 2020), presentó los hallazgos de que la señalización celular eléctrica (similar a los tratamientos en los que las agujas de acupuntura se conectan a las máquinas de estimulación eléctrica) puede reducir o calmar por completo el dolor de la neuropatía periférica dolorosa (painful peripheral neuropathy, PPN). Los pacientes tratados con la estimulación eléctrica "durante un período de 6 a 12 semanas experimentaron un aumento del 100 % en la densidad nerviosa. Las puntuaciones de dolor se redujeron en un 90 %, y el tratamiento también se asoció con una mejora del 74 % en la función física".

Carney dijo: "…estamos usando la física, no la farmacología, para regenerar los nervios…" https://www.medscape.com/viewarticle/926002.

y respondió con sorpresa: "¡Está en la tabla de cortar en la casa de mi suegra!" Abrió los ojos y preguntó: "¿Cómo puede sanar el dedo, cómo puedo tener sensibilidad y flexibilidad si todavía está en la casa de mi suegra?" Estaba totalmente sorprendida de que su mente la hubiera engañado con esta disociación porque siempre había pensado que tenía mucho control de su mente.

Fue capaz de traer el dedo "de vuelta a la vida" haciendo el ejercicio de luz y energía para partes del cuerpo disociadas, un ejercicio que aparece en el libro *Yin Tui Na*.

Primero, había comenzado a trabajar con ella debido a su enfermedad de Parkinson en fase inicial. Ella había estado usando la pausa autoinducida desde que era niña, cuando sufría maltrato físico y su cuidador, un pariente resentido, la mantenía encerrada en un armario muy pequeño la mayor parte del día. El maltrato duró desde los 2 años hasta los 7 años. Terminó cuando su madre llegó a casa temprano un día y descubrió la situación.

Debido a que todavía estaba usando una pausa autoinducida cuando se lastimó el dedo, este permaneció disociado incluso después de que la lesión sanara superficialmente. Después de que la disociación normal y automática ocurrió en respuesta a su lesión en el dedo, nunca fue capaz de "sentirse segura" lo suficiente como para desactivar ese proceso de disociación automática. No se sentía lo suficientemente segura porque estaba atrapada en una pausa autoinducida. Permaneció disociada en su mente del dedo lesionado incluso después de que la piel y el músculo se curaran superficialmente.

Ocho meses antes, había comenzado a trabajar para desactivar su pausa autoinducida. Le estaba yendo muy bien. Sus síntomas de Parkinson habían desaparecido. Solo me había reunido con ella un par de veces, le hice una evaluación y luego le expliqué que necesitaba hablar con un amigo invisible. Ella había hecho el trabajo por su cuenta. Y se había recuperado de sus síntomas de EP. Más importante aún, según ella, como música, había logrado volver a sentir, tanto a nivel somático como emocional. Iba a ser capaz de aportar a su música este nuevo sentimiento del corazón. Sin embargo, el dedo había permanecido entumecido.

El trabajo de reasociación en el dedo fue rápido y fácil. Se necesitó una sesión. La recuperación de la pausa autoinducida había llevado mucho más tiempo: casi 8 meses. Su amiga invisible era su madre, que había fallecido hacía 5 años a raíz de un cáncer de estómago. Trabajó en el desarrollo de la relación con su madre, que ahora era "invisible", durante muchos meses antes de que su presencia comenzara a sentirse real. Solo entonces los síntomas de la enfermedad comenzaron a desaparecer rápidamente en el transcurso de los próximos meses.

Cuando había estado usando una pausa autoinducida, todo su cuerpo se sentía un poco entumecido. Además, se había dado cuenta de que se observaba a sí misma desde afuera de su cuerpo. Pero incluso después de desactivar la pausa y recuperar su autoconciencia y su conciencia somática dentro del cuerpo, el *dedo* seguía sin formar parte de él. Su Parkinson se había ido, pero el dedo todavía estaba en la casa de su suegra.

La coexistencia de la disociación y la pausa (o la disociación y la pausa *autoinducida*), en este caso, es común. En los casos en que ambas están presentes, *siempre* es mejor trabajar primero en desactivar la pausa, y *luego* trabajar en la(s) disociación(es), si está(n) presente(s). Muy a menudo, las disociaciones cesarán por sí solas cuando la pausa se desactive. Si esto no ocurre, la disciplina mental desarrollada al desactivar la pausa autoinducida hará que sea fácil desactivar cualquier disociación persistente.

Capítulo dieciocho

Conclusión sobre el diagnóstico

Las pruebas diagnósticas del capítulo anterior deberían haberse abordado con la suposición de que lo *más* probable es que el paciente padezca Parkinson tipo I: Parkinson causado por una pausa autoinducida. También es *muy* probable que el paciente tenga *tanto* enfermedad de Parkinson tipo I como tipo II.

Las pruebas del capítulo anterior fueron diseñadas para distinguir a las pocas personas con Parkinson que tienen *solo* tipo II o *solo* tipo III.

Si una persona tiene suficientes síntomas para tener un diagnóstico de Parkinson, pero puede imaginar sin dificultad cómo la energía viaja por la columna vertebral y entra en la cabeza, si al frenar de manera temporal su canal Du lo hace sentir extraño y diferente, si se *siente* como si estuviera en su cuerpo, y si no tiene la mayoría de los aspectos, si es que están presentes, de la personalidad parkinsoniana, es probable que tenga *solo* EP tipo II o tipo III.

EP solo tipo II o tipo III

Si han determinado que tienen EP solo tipo II o tipo III, imaginen en sus mentes que están observando su cuerpo y prestando especial atención a las áreas que podrían haberse lesionado. Cuando encuentren un área que sea más fácil de imaginar oscura, y que la oscuridad sea inmóvil o invisible, pídanle a alguien que les haga Yin Tui Na en ese (esos) lugar(es).

Las ubicaciones más probables son el pie y el tobillo. Sin embargo, también puede haber lesiones en otras partes a lo largo del canal del estómago o a lo largo de la columna vertebral, el cuello y la cabeza.

Las instrucciones para realizar esta terapia están en el libro *Yin Tui Na*, que está disponible para su descarga gratuita en PDrecovery.org o para su compra en formato impreso en JaniceHadlock.com.

En cuanto a la diferenciación *entre* el tipo II y el tipo III, se hará después de que el tratamiento haya comenzado. Inicien el tratamiento con la suposición de que el problema es la EP tipo II. *Si* el problema es, en realidad, tipo III, disociación *autoinducida*, se hará evidente durante el transcurso del tratamiento porque el área oscura e inmóvil se moverá de manera evasiva. Esto se explica en el libro *Yin Tui Na*. Los pocos pasos simples necesarios para destruir la disociación *autoinducida* están bien explicados.

El resto de las personas

Para el resto de las personas, la enfermedad de Parkinson se debe, *sobre todo*, a estar en pausa. Aún no importa si esa una pausa autoinducida o una pausa biológica normal. Por ahora tampoco importa si existe o no una lesión en el pie, el tobillo o la columna vertebral que esté *contribuyendo* al flujo del Qi de los canales de tipo pausa. Eso se resolverá más adelante. De todas maneras, vayan al libro *Stuck on Pause* y úsenlo para determinar qué tipo de pausa tienen y aprender a tratarla. Si son como la *mayoría* de las personas con Parkinson, están usando una pausa autoinducida *y* tienen algunas partes del cuerpo de las que se han disociado.

La pausa debe tratarse primero. Antes de tratar cualquier lesión disociada, se debe desactivar la pausa.

Repito: la pausa debe tratarse primero.

Después de que salgan de la pausa (y sabrán cuando suceda porque el libro entra en detalle sobre cómo lo sabrán), *entonces* pueden empezar a trabajar en cualquier parte del cuerpo que aún esté disociada y parezca oscura e inmóvil por dentro cuando se imaginan mentalmente que observan desde el interior de sus cuerpos.

La mayoría de la gente quiere empezar por deshacerse de sus lesiones disociadas. Suponen que esto será más fácil y rápido que desactivar la pausa autoinducida. Sí, es probable que lo sea. No obstante, si hacen esto, hay una gran probabilidad de que se queden con un cuerpo y una *mente* que usan el modo parasimpático para la parte del cuerpo que se ha curado, *pero*… el cerebro seguirá utilizando el modo de pausa para el resto del cuerpo. La confusión subconsciente resultante, el cisma mental y, a veces, el empeoramiento rápido e intenso de los síntomas de la EP y la ansiedad se llama recuperación parcial. Puede ser mucho más doloroso y debilitante que solo tener la enfermedad de Parkinson.

Primero, desactiven el modo de pausa.

Resistencia a la idea misma de un componente mental

Paso a un tema completamente nuevo, pero ¿por qué me molesté en escribir *dos* pruebas y una descripción de la personalidad parkinsoniana si todo lo que necesitamos, en líneas generales, es la Prueba n.º 1 para determinar si el paciente está en pausa o no?

Muchos de mis pacientes se han opuesto con firmeza a la idea de que su mente está contribuyendo a sus síntomas de la enfermedad de Parkinson. *No* han querido pensar que se han disociado de alguna parte del cuerpo *o* que están utilizando una pausa autoinducida.

Algunos me han dicho que prefieren tener una enfermedad incurable "sin razón alguna" antes que considerar la posibilidad humillante de que su propia mente esté jugando un papel en su enfermedad. Muchos pacientes me han dicho: "Es perfectamente respetable tener la enfermedad de Parkinson. *No* es respetable tener un problema mental".

La razón por la que he incluido *dos* pruebas y una descripción de la personalidad parkinsoniana es porque juntos pueden ayudar a un paciente reticente a darse cuenta de que, de hecho, tiene Parkinson, *muy* probablemente, Parkinson autoinducido, *y* que esto está relacionado con los procesos mentales.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la prueba que podría afectar primero la autocomplacencia de un paciente y su sensación de tener el control de su propia mente es la prueba de "caminar por la calle". Cuando se da cuenta de que tiende a observarse desde fuera del cuerpo, en lugar de *sentirse* desde el interior, podría estar un poco desconcertado. Podría preguntar: "¿Pero no es normal imaginar cómo te miras a ti mismo en lugar de estar dentro de ti mismo?" Mi respuesta es: "Seguro que es normal, si estás usando el modo de pausa. De lo contrario, no". Esta respuesta, a menudo, se encuentra con una mirada de preocupación en los ojos del paciente y un largo silencio.

El paciente se enfrenta de repente a la posibilidad de que tal vez su mente se *esté* comportando de una manera que no es del todo "correcta". Esta conclusión se basa en su *propia* experiencia durante esa prueba, no en la evaluación u opinión externa de algún médico. Mucha gente me había dicho que las descripciones oficiales, médicas y escritas de los síntomas del Parkinson no coinciden mucho con las patologías que sienten *en su interior*. Muchos me han dicho que no creyeron en el diagnóstico de su médico durante mucho

tiempo. Pero las pruebas rápidas del capítulo anterior pueden ayudar a un paciente a comenzar a reconocer sus propias patologías. Incluso podría comenzar a aceptar que *es posible que* haya un componente mental en sus propios síntomas de Parkinson.

Un poco de historia

Por razones históricas, la cultura occidental ha considerado durante mucho tiempo que los problemas de salud que tienen un componente mental son menos "reales" que los problemas puramente físicos, e incluso algo vergonzosos, como si los problemas activados por la mente indicaran una falta de moral alta o autocontrol, o incluso una caída en la desgracia.

Si les interesa cómo y cuándo se desarrolló esta actitud, busquen información sobre la decisión legal de René Descartes vs. el papa de mediados del siglo XVII en relación con la cuestión de la enfermedad física frente a la "espiritual" (incluida la mental). El resultado del decreto del papa fue que, bajo la amenaza de la excomunión, los médicos acordaron que estudiarían y atenderían *solo* el cuerpo físico. *Todos* los problemas mentales/emocionales se considerarían problemas espirituales y, como tales, pertenecerían al ámbito (y al flujo de ingresos) de la iglesia.

Por lo tanto, los problemas mentales se separaron *legalmente* del estudio médico. Los resultados de esta decisión persisten e influyen aún en la insistencia occidental en la separación de la salud física y la mental. En la medicina oriental, no existe tal separación. *Antes* de la discusión de la iglesia con Descartes, los médicos occidentales estaban familiarizados con la idea de una conexión entre las enfermedades emocionales, mentales y físicas, como leerán en el caso de Santa Teresa de Ávila, en el capítulo veinte.

El hecho es que casi todas las enfermedades tienen un componente mental. Incluso la *tasa* de curación de una lesión o enfermedad puede verse influenciada por actitudes y hábitos mentales. El grado en que una persona se enferma físicamente por el daño físico y/o emocional o el estrés depende, en gran medida, de los comportamientos mentales, incluidos los comportamientos aprendidos y/o culturales, que puede parecer que no guardan ninguna relación con la enfermedad.

Incluso en estos tiempos modernos, algunos pacientes sienten vergüenza social si su síndrome resulta tener un componente mental. Y las personas con Parkinson, a menudo, *eligieron* el comportamiento mental que les causó la EP, lo que lo hace parecer aún más vergonzoso, aunque la vergüenza no debería tener *nada* que ver con eso. Las personas que, en algún momento, eligieron vivir en pausa tomaron su decisión ante a un fuerte dolor físico y/o emocional, que, a veces, puede ser mortal. Para sobrevivir, se vieron obligados a inducir una pausa. No hay de qué avergonzarse.

Nunca piensen mal de sí mismos si resulta que se han puesto en pausa o se han disociado de algún problema o parte del cuerpo. Es algo perfectamente humano.

Como se mencionó antes, *no* todos los seres humanos utilizan la disociación o la pausa en respuesta al trauma. La mayoría de las personas ni siquiera tienen el grado necesario de concentración mental y autocontrol para ejecutar estas órdenes de control mental.

Incluso si han tomado decisiones que generaron la disociación o el atascamiento en la pausa autoinducida, hacerlo *no* es una indicación de una baja orientación moral. *Puede* ser una indicación de una inteligencia relativamente alta y/o un grado muy alto de autocontrol mental. Puede ser un *mal uso* de la inteligencia, impulsado por órdenes basadas

en el miedo, en lugar de la sabiduría y la percepción intuitiva de la seguridad universal suprema, pero no deja de ser una inteligencia *fuerte* y *centrada*.

Por otra parte, si tienen la necesidad de *justificar* y seguir aferrándose a la oscuridad que han creado dentro de ustedes mismos, también *podrían* desear consolarse insistiendo en que la disociación o el uso de la pausa es lo que *todos* hacen en respuesta al trauma. Esto no es así.

Muchas personas que sufrieron un traumatismo no se disocian ni usan la pausa. Muchos pueden imaginar una luz brillante incluso en partes de sus cuerpos con heridas graves o destrozadas, aunque sufran un dolor intenso. Algunos podrían incluso imaginar de manera automática ángeles que entran y curan la lesión. De hecho, sujetar, masajear, pedir a otros que sujeten o masajeen o incluso imaginar luz o seres queridos en miniatura dentro de un área dolorosa son algunas de las formas más efectivas de reducir el dolor y acelerar la curación en cualquier tipo de lesión, sea leve o grave. Algunas personas saben hacer esto de forma intuitiva: *aceptan* el área que sufrió el traumatismo una vez que están a salvo, no fingen que no existe. Disociarse o entrar en modo de pausa fue una decisión. Es muy probable que se haya tratado de una decisión *necesaria* en ese momento o, al menos, parecía serla.

También podría ser una opción determinada por la cultura. Cuando estaba en la universidad, me di un buen golpe con la alacena de la cocina. Rápidamente miré a mi compañera de piso, que era rubia y blanca, y le dije: "Estoy bien, no te preocupes, puedo ignorarlo".

Ella me miró como si yo fuera una estúpida sin remedio y me respondió: "En China, te enseñan a prestar atención a un lugar que está lesionado para que sane más rápido".

Le respondí: "¡Eso no tiene ningún sentido! ¿Por qué habría que prestarle atención al dolor?". Pasaron décadas antes de que yo comprendiera a lo que ella se había referido.

Si una persona ni siquiera puede imaginarse que le presta atención a una parte del cuerpo lesionada, podría resultarle útil pensar que le está prestando atención a un niño pequeño que se ha lastimado y/o está asustado. El resto del cuerpo puede sujetar y mimar física y/o mentalmente la parte lesionada del cuerpo, como si los tejidos lesionados fueran un niño amado y desamparado. Este enfoque mental para tratar las lesiones es muy saludable. Puede provocar una curación más rápida y completa. Este enfoque evita la disociación duradera y la tentación de autoinducir la pausa.

Incluso frente a lesiones emocionales, el corazón puede hablar y consolar a una mente aterrorizada o maltratada. Al tratar el dolor emocional como si fuese el de un niño indefenso, que, de hecho, es una buena analogía para el dolor emocional basado en el ego, una persona puede sanar más rápido y seguir adelante, en lugar de permanecer sumido en el dolor consciente *o* inconscientemente (se le hace frente al dolor a través de alguna manera oculta o represiva que causa desorden eléctrico y autoengaño mental).

La forma en que uno responde al dolor o al daño depende del estilo personal con el que se le hace frente a las dificultades. *Pueden* decir que mantener la disociación o la pausa durante mucho tiempo después de una lesión o un traumatismo no es inusual. No se *puede* decir a ciencia cierta que *todo el mundo* lo hace, o que siempre es automático o incluso útil. Muy a menudo, ignorar la percepción del dolor es una decisión consciente, que puede tener

consecuencias perjudiciales a largo plazo si el dolor no se aborda cuando surge la oportunidad de estar en un "lugar seguro" después de tanto.[65]

Sin embargo, según mi poca experiencia de más de 30 años de práctica de la medicina, he visto que muchísimas personas, no solo aquellas que tienen Parkinson, *no* quieren pensar que han contribuido mentalmente de *alguna* manera a su situación de salud actual.

Es por eso que compartí dos pruebas y la evaluación de la personalidad en los capítulos anteriores. Estas pueden darle más peso a la idea de que el cerebro de la persona *está* atascado en una pausa. Esta convicción fortalecida, a veces, puede empujar incluso a un paciente reticente a comenzar a hacer el trabajo mental que podría ser necesario para la recuperación.

Caso práctico: negación de la disociación de los intestinos

Incluso los pacientes que no padecen enfermedad de Parkinson, a veces, se resisten *con firmeza* a la idea de que tienen un componente mental en su dolor, como la disociación de algunas partes de su cuerpo.

Por ejemplo, envié un correo electrónico a un paciente con enfermedad intestinal grave que vivía a una larga distancia para pedirle que evalúe si podría estar disociado de sus intestinos, o incluso en pausa. Le comenté acerca de la visualización de la luz y luego la oscuridad en el interior, y también le envié algo de material sobre la disociación y la pausa.

Me escribió (parafraseo): "Puedo disociarme a voluntad, pero, por lo general, vuelvo a experimentar el trauma más adelante, cuando es seguro. Por ejemplo, una noche me atacaron por la calle, y no lloré hasta más tarde. Pero no creo que *almacene* el trauma.

Podría tener algún grado de disociación basada en las lesiones debido al dolor extremo que he experimentado en el intestino, pero mi experiencia de vida no está disociada".

Continuó: "Me resulta más fácil imaginar que el intestino está oscuro, pero *puedo* enviar luz a través de él si me concentro de verdad. Cuando me imagino el intestino, *no* lo hago en primera persona (no soy *yo* quien lo ve). Es como si el intestino tuviera un "yo pequeño" sentado dentro del colon o viendo el colon como si mirara un diagrama. Sin

[65] Recomiendo encarecidamente leer *Where There is Light* (Donde hay luz), las extraordinarias memorias de Jacques Lusseyran. Fue parte de la resistencia francesa durante la Segunda Guerra Mundial Fue traicionado y capturado. Cuando estaba muriendo en un campo de concentración nazi, decidió llenarse de luz una vez más, una práctica que comenzó a implementar cuando perdió la vista siendo un niño y que abandonó de manera consciente cuando fue tomado prisionero cuando era joven.

De nuevo lleno de luz, se recuperó de su enfermedad y su fiebre casi fatales. Comenzó a hacer comunicaciones por radio secretas a las fuerzas aliadas desde dentro del campo. Sobrevivió a la guerra, a pesar de que la mayoría de sus compatriotas que se encontraban en el campo no lo lograron. Su libro autobiográfico constituye un profundo alegato contra la práctica negativa de la disociación y la práctica positiva de mantenerse literalmente lleno de luz, a pesar de las circunstancias. En 2015, se estrenó la película *All the Light We cannot See* (La luz que no puedes ver). Esta se basó en una novela que, a su vez, estaba basada en las memorias. No tengo ni idea de si la película o la novela transmites el mensaje del autor original. La autobiografía en sí es muy inspiradora.

embargo, imaginar que lo estoy mirando directamente, como si yo estuviera en el interior de mi cuerpo mirando hacia fuera, es difícil cuando llego a esa parte específica de mi cuerpo.

Pero, al final, puedo hacerlo, *puedo* enviar luz allí desde mí. Solo que no es fácil. Además, se parece a un mosaico. Algo de luz pasa, pero hay algunas partes que son oscuras. Tal vez esas áreas están lesionadas o tienen cicatrices. Mis problemas en el intestino comenzaron un par de semanas después de una ruptura muy dolorosa con mi pareja de muchos años. Pero no creo que esté disociado de él. Puedo *sentir* dolor en el intestino. Cuando visualizo el intestino y veo oscuridad, está oscuro porque está *lesionado*, no porque esté disociado. Necesito tratamiento *físico*. *No* necesito cambiar mi actitud o mi relación con el intestino".

La persona que cité antes, al igual que muchas personas, supuso que las áreas oscuras en el intestino se veían así porque, en realidad, estaba mirando las áreas lesionadas. Pero no era así.

Estaba seguro de que no estaba disociado porque *podía* ver luz en el área, *de manera temporal*, *si* se esforzaba mucho. O si algún amiguito hacía el trabajo por él. Además, como no podía *justificar* que la oscuridad se debía al dolor, la lesión o la posible cicatrización, estaba seguro de que *no* estaba disociado. Pensó que era justo lo contrario: era muy consciente de que el intestino era un completo desastre y, por lo tanto, *no* estaba disociado. Se equivocaba en casi todo.

Una vez más, la imaginación *no* ve lo que sucede físicamente en el interior del cuerpo. La relativa oscuridad o luz en una parte del cuerpo *imaginada* y *visualizada* puede no tener *nada* que ver con lo que está sucediendo en esa área a nivel físico.

La *mente*, no el estado de salud o el estado lesionado de un área, determina si cierta parte del cuerpo será fácil de imaginar y se percibirá llena de luz, oscura, una mezcla o un salpicado de áreas oscuras y claras, inmóvil o agitada o, para el caso, como un mosaico visto por un "yo pequeño" o un amiguito.

Incluí el ejemplo anterior para demostrar el alto nivel de resistencia ante la idea de un componente mental que *muchas* personas aportan al proceso de diagnóstico, no solo las personas con EP.

Una vez que el paciente es capaz de ver que sus comportamientos mentales coinciden con los de una persona que está disociada o en pausa, es más probable que haga algo del trabajo necesario para cambiar sus comportamientos cerebrales.

Hasta que un paciente sea capaz de contemplar que su propia mente podría estar contribuyendo a su problema de salud, podría preferir esperar con actitud pasiva a que el médico lo "cure" mientras él, el paciente, no hace nada.

En el tratamiento de los casos de enfermedad de Parkinson tipo I, un paciente que *no* está trabajando activamente en cambiar sus propios hábitos mentales *no* tendrá ninguna mejora *duradera* en sus síntomas. No importa cuántos cambios haga en su dieta, su programa de ejercicios, su uso de máquinas de ozono o "Qi mágico", o cuántos tratamientos prácticos reciba de los médicos, su cerebro no cambiará sus hábitos hasta que tome las riendas y practique comportamientos mentales más útiles. Solo el propio paciente puede hacer esto.

Fig. 17.4 La oscuridad inmóvil o la "invisibilidad" que se "ve" en alguna parte del cuerpo es el comportamiento biológico y de emergencia del cerebro de ignorar por un tiempo esa parte del cuerpo hasta que se esté a salvo *o* se obedezcan *las instrucciones* de ignorar esa parte del cuerpo. En realidad, esa parte del cuerpo si se *tiene*. La oscuridad imaginaria está en el cerebro.

La hipnoterapia no funciona

Mis pacientes han descubierto que usar hipnoterapia para encubrir aún más sus encubrimientos mentales no funciona. La hipnosis, en muchos, tal vez la mayoría de los casos, cuando se usa para bloquear algún recuerdo o detener algún comportamiento negativo, *en realidad*, no cura el problema. Enmascara el problema.

Puede, en algunos casos, crear otro nivel de engaño o evitación en el cerebro y puede provocar consecuencias inesperadas. Podría ser útil considerar que, en términos de comportamiento cerebral, la pausa autoinducida se procesa en el cerebro exactamente de la misma manera que la hipnosis. En la concepción clásica de la hipnosis, se entiende que solo la persona que impuso la sugestión hipnótica original tiene la autoridad para *deshacerla*.

Si piensan en la pausa como crear una segunda personalidad, e incluso si esa es la personalidad que usan ahora todo el tiempo o la mayor parte del tiempo, tengan en cuenta que *no puedes* usar la personalidad en pausa para desactivar la orden autohipnótica original. La personalidad en pausa fue *creada* por la personalidad real, original, segura y confiable: la personalidad que puede reírse con su amigo invisible.

La personalidad en pausa *no* es la personalidad que *dio* la orden inicial. Así que no puede ser la que la desactive. El "yo" verdadero es el que dio la instrucción. Tienen que volver a estar en contacto con su "yo" verdadero. Una vez más, ese es el "yo" que puede hablar con el amigo invisible, el amigo que los ama de manera incondicional y que puede hacerlos reír.

Cuando una persona utiliza la parte de su personalidad que puede comunicarse con un amigo invisible, una personalidad que puede ser amada, a la que la vida le parece alegre y segura, su personalidad real, subyacente y original, *está* utilizando la personalidad que creó la orden de estar en pausa. En términos de autohipnosis, la personalidad original es la única que puede desactivar la orden de "no sentir dolor" o cualquier frase que se haya utilizado.

Varios de mis pacientes se dieron cuenta de que ni el "yo" en pausa *ni* un hipnotizador profesional podrían desactivar la pausa autoinducida. La personalidad original, reprimida desde hace mucho tiempo, la que tiene la capacidad de tener fe y confiar una y otra vez en un amigo invisible risueño y amoroso, es la personalidad que logrará activar el cuerpo estriado y los hará sentir seguros, lo que hará que la pausa autoinducida se desactive.

Otra terapia que no funciona: EFT

Dentro del tema de las terapias que no funcionan, la técnica de liberación emocional (Emotional Freedom Technique, EFT) consiste en dar golpecitos en algunos de los acupuntos que son derivaciones de canales en el modo simpático. Algunas de estas derivaciones tienen cierta probabilidad de atascarse en la ruta simpática del Qi de los canales. Si el Qi de los canales se atasca, la persona a menudo termina sintiendo dolor en varios lugares del cuerpo cada vez que piensa en el trauma antiguo.

Al dar golpecitos en los lugares de derivación atascados mientras se recuerda el trauma que desencadenó por primera vez el episodio del modo simpático, uno puede a menudo volver a entrenar estos lugares de derivación para permanecer en circuitos parasimpáticos incluso mientras se piensa en el trauma pasado.

Muchos me preguntan sobre esta técnica. Como señalaron los fundadores de esta técnica, *no* funciona para situaciones de las que una persona se ha disociado. Tampoco funciona para una pausa autoinducida o una pausa común. Esta técnica solo funciona en condiciones muy específicas: cuando alguna derivación del recorrido parasimpático hacia el recorrido simpático se ha quedado atascada durante mucho tiempo o se reactiva al pensar en el trauma. Al desactivar la derivación atascada con un golpecito, la persona a veces puede calmar el dolor asociado con el problema original.

Una ubicación común de la derivación que se trata en la EFT es el ST-13, en la parte del canal del estómago que pasa por el pecho (consulten la pág. 4). En la EFT, esto se conoce como "el punto doloroso". En el modo *parasimpático*, la corriente que atraviesa este punto fluye hacia abajo hasta los dedos de los pies. En el modo *simpático*, cierta cantidad de esta corriente se desvía *hacia adentro* desde el ST-13, luego, se mueve hacia el corazón, para contribuir al aumento de la frecuencia cardíaca y la potencia cardíaca del modo simpático.

La terapia cognitivo-conductual puede *ser útil*

La denominación general actual para *muchos* tipos de terapias mentales de autoayuda activadas por el paciente es terapia cognitivo-conductual (TCC).

Una persona que hace terapia cognitivo-conductual aprende a prestar atención a sus pensamientos. Elimina los pensamientos que están contribuyendo a su química cerebral negativa y sus comportamientos eléctricos cerebrales. Reemplaza de manera consciente esos pensamientos con otros tipos de pensamientos: pensamientos positivos que estimulan el cuerpo estriado y alteran el cableado del cerebro, lo que activa las químicas cerebrales y los circuitos eléctricos asociados con el modo parasimpático combinado con un nivel saludable y *moderado* de modo simpático.

El tratamiento principal para desactivar la pausa autoinducida (aprender a hablar con un amigo invisible que ofrezca apoyo) es un comportamiento muy *normal* y *saludable*. También es un tipo muy específico de terapia cognitivo-conductual.

Si quieren obtener más información sobre la forma en que la mayoría de las personas habla con algo fuera de sí mismas, les sugiero que lean algunas colecciones de las caricaturas de "Calvin y Hobbes". Hablar con un amigo invisible o imaginario es uno de los temas principales de esa tira. También lean *Feeling Good*: *The New Mood Therapy* (Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones), del Dr. David Burns, como se indica en el pie de página de la página 126.

El conocimiento incompleto de los pacientes

Cambiando completamente de tema, los pacientes muy a menudo me dicen: "Sé por qué me puse en pausa en primer lugar". Y luego me cuentan una elaborada historia de alguna injusticia que recuerdan bien o de algo "malo" que les sucedió.

En muchos, tal vez la mayoría de los casos, los pacientes se equivocan. Después de 1) aprender a sentirse seguros y 2) de que la pausa se desactive, de repente recuerdan el evento *real* que los puso en pausa (a menudo, es algo muy diferente, menos dramático y olvidado desde hace mucho tiempo). El recuerdo solo resurgió porque la persona había desactivado la pausa. Escucho la razón por la que el paciente *piensa* que está en pausa, pero tampoco me sorprende cuando recuerdan un trauma completamente diferente después de la recuperación, un trauma del que *también* pueden haberse disociado en ese momento y, por lo tanto, no pueden recordarlo hasta que se recuperan.

Un ejemplo de falso recuerdo

Muchas personas suponen que necesitan recordar el problema que los llevó a ponerse en pausa. Esto *no* es así. Una persona primero necesita sentirse segura. *Luego*, puede desactivar la pausa. Una persona puede recordar por qué comenzó a usar la pausa antes *o* después de desactivar la pausa, pero muy a menudo la persona no lo recuerda hasta que se siente segura desde lo profundo.

Por ejemplo, un paciente estaba seguro de que se había puesto en modo de pausa cuando tenía 6 años, en respuesta al doloroso divorcio por el que estaban pasando sus padres. Me habló del divorcio con gran detalle y con tremendo resentimiento.

Menos de una hora después de su epifanía en la que se desactivó el modo de pausa, me dijo que se había equivocado sobre por qué entró en pausa. Llamaremos a mi paciente Bob para dejar las cosas bien en claro. Después del divorcio, el joven Bob y su madre eran de muy bajos ingresos. Terminaron viviendo en el automóvil de su madre. Todas las noches, lo aparcaban en la casa de la mejor amiga de ella, que también era madre de un niño de 6 años: el mejor amigo de Bob. En algún momento, el mejor amigo de 6 años traicionó al joven Bob: le dijo a todos los demás niños de la escuela que la madre de Bob era tan pobre

que vivían en su automóvil. Los otros niños de la escuela eran despiadados. En respuesta a la humillación y el dolor de esta traición, Bob se ordenó a sí mismo no ser parte del mundo: el mundo era demasiado doloroso. Bob solo recordó esto *después* de haber desactivado la pausa. *No* había activado el modo de pausa en respuesta al divorcio, un evento que *sí* recordaba.

Debido a que el cerebro suele *disociarse* de lo que es tan doloroso que una persona se ve obligada a autoinducirse el modo de pausa, muy a menudo, las personas no pueden recordar cuál fue el verdadero desencadenante de la pausa. Una vez más, la mayoría de mis pacientes, al intentar recordar cuál podría haber sido la causa, han pensado en algo por lo que están amargados, pero después de desactivar la pausa, recordaron que el verdadero desencadenante de la pausa era algo diferente, algo olvidado hace tiempo que había quedado completamente disociado de la memoria normal o que habían estado recordando como algo que "no había sido tan malo".

Muchos de mis pacientes han malgastado mucho tiempo y energía, a veces *años*, tratando de averiguar cuál había sido el evento que desencadenó una pausa autoinducida antes de estar dispuestos a comenzar a practicar la presencia de un amigo invisible. Otros han querido buscar a alguien a quien culpar por su uso de la pausa autoinducida (otra pérdida de tiempo valioso). No pierdan el tiempo tratando de averiguar qué los ha llevado a ordenarse a ustedes mismos estar entumecidos o desconectados, o a quién culpar por su dolor o sus síntomas de la enfermedad de Parkinson. Pueden terminar pensando en cosas negativas que no tienen nada que ver con la pausa. Detenerse en los eventos negativos estimulará la amígdala. Afianzará aún más sus hábitos de miedo y negatividad, lo que hará más difícil desactivar la pausa.

Un número sorprendente de mis pacientes han estado seguros de que están en pausa debido a alguna lesión o atrocidad de *vidas pasadas*. Les *encanta* detenerse en este recuerdo imperdonable. Muchos me han dicho que *necesitan* detenerse en esta injusticia o inequidad pasada para "procesarla". Algunos han estado años *sin* hacer la terapia cognitivo-conductual, que consiste en hablar con un amigo risueño y que puede desactivar la pausa, porque están muy fascinados con su triste historia. Sienten que necesitan explorar su trágico pasado al máximo antes de dirigirse hacia un nuevo futuro. Mientras se concentran en tragedias pasadas o en experiencias crueles e "injustas", sus síntomas continúan empeorando de manera constante. Ahora sabemos que el cerebro es muy obediente y sus comportamientos están basados en los hábitos. Si practican pensar en alguna atrocidad pasada, el cerebro mejorará cada vez más a la hora de detenerse en la atrocidad y le dedicará cada vez más células cerebrales a la autocompasión, el resentimiento y otros pensamientos negativos.

Para el caso, algunos pacientes me han dicho que recuerdan haber tenido Parkinson en una vida pasada. Y tienden a insistir en la inevitabilidad de los síntomas en constante empeoramiento en esta vida y tal vez en la siguiente. Si se encuentran reacios a trabajar para cambiar los hábitos mentales, una pregunta que tal vez quieran hacerse es: "¿Cuántas vidas espero pasar teniendo la enfermedad de Parkinson?" Según muchas religiones del mundo, si alguien muere con una mentalidad equivocada, una mentalidad que lo mantiene en pausa, será propenso a reanudar esa mentalidad equivocada en el más allá o en una próxima vida.

Ni siquiera la muerte alterará su consciencia. “En la casa de Mi Padre hay muchas moradas” [66] es una referencia infinito número de posibilidades en las que podrían encontrarse después de desprenderse de lo que Hamlet llamaba este “despojo mortal”. Lo que determina la “residencia” y la felicidad (o no) en el plano posterior a la muerte está determinado, en gran parte, por las actitudes mentales y los sentimientos del corazón que han desarrollado en este. La muerte *no* altera esos aspectos de la consciencia. No se imaginen que pueden “morir” para librarse de la enfermedad de Parkinson.

Cuando *crean* un comportamiento mental poco saludable, solo *ustedes* son responsables de decidir si desean deshacerse de él. Pero una vez que estén decididos a deshacerse de él, pueden pedirle a sus amigos que los *ayuden*, incluso a sus amigos invisibles.

Una persona no puede desactivar la pausa hasta que aprenda a enfocar la mente en estar a salvo y en el presente. Los hábitos cerebrales de detenerse en eventos negativos del pasado o del futuro imaginario, ya sean reales, imaginarios o exagerados, *aumentan* cuando el cerebro está en modo de pausa. La evaluación de riesgos se amplifica. Detenerse en lo negativo del propio pasado o del futuro imaginario *fomenta* el pensamiento del tipo modo de pausa, que anima a pensar en lo negativo. Es un círculo vicioso. Según mi poca experiencia, esta círculo amargo o lúgubre *jamás* ha ayudado a un paciente a sentirse más seguro, ni lo ha ayudado a desactivar la pausa autoinducida.

Recuerden que el sentido de disociarse es que el cerebro bloquee los recuerdos del evento disociado. Cuanto más se esfuerce una persona por recordar o detenerse en los eventos negativos relevantes del pasado, incluido el que desencadenó la pausa, más se esforzará su cerebro por ocultarle la verdad (se disocia aún más o profundiza en la pausa), según las órdenes anteriores de la persona, o incluso creará una historia nueva y terrible a modo de distracción.

Una nueva investigación demuestra que indagar sin cesar en los eventos negativos del pasado (el modelo de psicoterapia freudiana viejo y pasado de modo) *no* provoca la sanación de estos eventos. En cambio, centrarse en lo negativo, muchas veces, *aumenta* la cantidad de área cerebral que se le dedica a los eventos negativos e incrementa cualquier daño fisiológico y emocional a raíz de los eventos negativos, ya sea real o imaginario. Sigan adelante con el trabajo positivo necesario para desactivar la pausa. Perdonen el pasado, ya sea que lo conozcan o no.

En mi propio caso, aunque *siempre* he recordado con claridad que me miré en un espejo y me ordené estar entumecida, lo cual me pareció extrañamente maligno en aquel momento y tuve que apartar la mirada de mi propia cara en el espejo mientras esta cambiaba de forma y se volvía dura y de aspecto insensible, nunca he recordado el evento específico que me llevó a darme esa dramática autoorden durante mis años de escuela secundaria. Y tampoco me interesa recordarlo. Hubo tantos eventos negativos en mi infancia, al igual que en la infancia de tantas personas, que es posible que el evento específico que me llevó a activar formalmente la pausa autoinducida haya sido, en mi caso, solo un pequeño evento que colmó el vaso. La causa exacta no importa. La decisión de usar el modo de pausa fue mía y de nadie más. Para recuperarme, tuve que cambiar mi actitud y mi enfoque. No detenerme en mi pasado ni tratar de cambiarlo.

[66] Juan, 14:2, el Nuevo Testamento

En caso de que los lectores tengan curiosidad, cuando me lesioné el pie a los 5 años ya era muy buena para no sentir dolores específicos. Supongo que me *disocié* de mis lesiones en los primeros años de vida. Me di la orden de no sentir emociones mientras me miraba en el espejo recién cuando estaba en la escuela secundaria. Así que lo más probable es que tuviera Parkinson tipo I y tipo II, al igual que la mayoría de mis pacientes.

"No tuve más remedio"

Muchos de mis pacientes han insistido en que no tuvieron más *remedio* que utilizar, y luego mantener, la pausa. Tuve un paciente que insistía en que tuvo que ponerse en modo de pausa porque su padre gritaba todo el tiempo. Le pregunté por sus hermanos. ¿A ellos también les gritaba?

Me contestó que uno de los hermanos lo afrontó marchándose de casa. El otro se hizo alcohólico. Le insinué que su uso de la pausa era, por lo tanto, una elección: sus hermanos habían elegido caminos distintos de la pausa. Se puso furioso conmigo. Dijo que, como no quería beber ni tampoco irse de su casa, *tuvo* que usar el modo de pausa y mantenerlo por el resto de su vida. No tuvo *más* remedio que hacerlo.

Le dije que, si no tenía otra alternativa, entonces era probable que no lograra desactivarla, así que no tenía sentido que él trabajara conmigo. Me respondió que no tenía por qué cambiar la forma en que utilizaba su mente. En cambio, se recuperaría si yo le sujetaba el pie cada semana durante una hora para el resto de su vida, a pesar de que su lesión en el pie se había curado hacía mucho tiempo.

Su esposa y yo coincidimos en que esto no parecía tener ningún sentido, y que dejarían de venir hasta el momento en que él pensara que podía estar dispuesto a cambiar algunos de sus patrones de pensamiento.

No pierdan tiempo y energía tratando de recordar o detenerse en qué lesiones físicas o emocionales han sufrido. Sigan adelante con sus vidas.

Por otro lado, un paciente me dijo que *estaba* anhelando el futuro. La única razón por la que quería recuperarse del Parkinson era para poder algún día "echarle en cara a su madre" que su crueldad le había arruinado la vida y le había causado Parkinson. Si conseguía recuperarse utilizando mis teorías, su recuperación demostraría que su madre le había causado la enfermedad de Parkinson. Anhelaba ese momento. Su mayor preocupación era que ella muriera antes de que él pudiera tener su baile de victoria sobre ella. No estaba interesado en aprender a conectarse con un amigo invisible ni con ninguna persona que pudiera hacerlo sentir seguro. Quería mantenerse enfocado en lo mucho que odiaba a su madre. Coincidimos en que era probable que yo no fuera la profesional de la salud adecuada para él. Le pagó durante mucho tiempo a un terapeuta para que le haga Yin Tui Na en el pie lesionado. Nunca logró desactivar el modo de pausa. Y, que yo sepa, nunca se recuperó del Parkinson.

El cerebro no es inteligente

A menudo, los pacientes me preguntan: "¿Por qué no se detiene el modo de pausa o la disociación del dolor cuando el dolor de la lesión se calma?"

En general, el cerebro no es muy brillante. *No* siempre nos beneficia. Pero es *muy* obediente. Aprende a través de los hábitos. Para bien o para mal, hace lo que le dicen que haga. Piensa lo que le dicen que piense. Y lo hace una y otra vez, hasta que decidan cambiar

de manera activa el *statu quo*: hasta que dejen de usar los hábitos negativos actuales y los sobrescriban con nuevas órdenes.

Las neuronas del cerebro se conectan o se separan de otras células neuronales en respuesta a sus órdenes y hábitos. Cuanto más *a menudo hagan* algo o *se ordenen* hacer o pensar en algo, más fuertes, profundas y rápidas se vuelven esas conexiones, rutas y desconexiones cerebrales particulares. El cerebro *no* es el cuadro eléctrico fijo e inmutable, establecido desde el nacimiento, que nos enseñaron en el siglo XX. Las conexiones del cerebro y las áreas de aumento o disminución de la actividad cambian siempre, ya que están influenciadas por los pensamientos y los hábitos, y por el modo neurológico del momento. La capacidad del cerebro para cambiar se llama neuroplasticidad.

El cerebro es capaz de cambiar de forma constante. Cambia según las órdenes cambiantes que recibe de *ustedes* y las respuestas que ustedes *deciden* dar a los eventos externos: sus propios pensamientos, decisiones y comportamientos mentales y físicos durante un evento determinado ayudan a determinar cómo responderán *la próxima* vez en otro evento.

Si piensan en las mismas cosas una y otra vez, el cerebro se vuelve más rígido, más encerrado en hacer lo mismo una y otra vez. Sin embargo, por muy encerrada que esté una persona en sus pensamientos, *puede* cambiarlos. Requiere la observación consciente de los propios pensamientos y el *reemplazo* de los pensamientos anticuados o no deseados por los nuevos pensamientos preferidos.

Es difícil deshacerse de un pensamiento no deseado. Es más fácil entrenarse para enfocarse y usar repetidamente un nuevo pensamiento. El viejo pensamiento terminará marchitándose debido a que se ignora.

Un buen ejemplo de esto es el fenómeno de las "melodías pegadizas", que se quedan grabadas en la mente y suenan una y otra vez. Ordenarles que se detengan no hará que desaparezcan. *Reemplazar* la melodía por una menos atractiva de elección propia es la forma más rápida de deshacerse de la melodía no deseada.

Si una de las órdenes al cerebro fue una instrucción enérgica y efectiva para "fingir que algún dolor o problema específico nunca existió", tendrán que vivir con las consecuencias disociativas de esa represión hasta el momento en que ejecuten comportamientos cerebrales que sirven para desactivar las instrucciones anteriores, incluso si no recuerdan cuáles eran.

Si una de las órdenes al cerebro era "no sentir dolor", o "no ser parte de este mundo terrible", tendrán que vivir con las consecuencias de esa orden (pausa autoinducida) hasta que hagan cambios mentales que les permitan sentirse seguros y en paz a nivel *neurológico*.

Si están disociados, ya sea en una disociación automática o una disociación autoinducida, usen las técnicas del libro *Yin Tui Na* para desactivar la disociación.

Si están en pausa, consulten el libro *Stuck on Pause*. Si el modo de pausa *no* fue autoinducido y es solo una pausa básica que se ha atascado y el lugar original de la lesión/el traumatismo se ha curado, sigan los cinco pasos para desactivar la pausa biológica (que figuran en el capítulo 1 del libro *Stuck on Pause*), mientras se mantienen enfocados con la mente en el área agitada donde se encontraba originalmente el traumatismo. Esto debería desactivar la pausa.

Si están usando la pausa autoinducida, el libro *Stuck on Pause* tiene instrucciones para aprender a encender *de nuevo* el cuerpo estriado, el tálamo y las glándulas suprarrenales

y, de esta manera, sentirse seguros y lo suficientemente poderosos como para desactivar este tipo de pausa.

Capítulo diecinueve

Tejido cicatricial

Antes de tratar la pausa *o* la disociación, una persona que tiene la esperanza de recuperarse de la enfermedad de Parkinson querrá eliminar cualquier tejido cicatricial que esté bloqueando los canales pertinentes. El tejido cicatricial no es conductor. Si es lo suficientemente ancho o profundo, puede hacer que el Qi de los canales se desvíe, fluya hacia el recorrido de otro canal o incluso fluya en retroceso.

Los canales en los que las cicatrices pueden afectar más al Parkinson son el del estómago, el intestino grueso, Du, Ren y de la vesícula biliar. Pero grandes cantidades de cicatrices en cualquiera de los canales pueden causar interrupciones en el Qi de los canales, que deben atenderse. Revisen los canales en búsqueda de tejido cicatricial y asegúrense de llegar hasta los dedos de los pies y los dedos de las manos.

Cicatrices que no son un problema

Una pequeña cicatriz, poco profunda y de menos de un cuarto de pulgada (6 mm) de ancho no causará problemas: el Qi puede esquivarla por el costado. Además, una cicatriz que va en *paralelo* al recorrido de un canal no causará problemas.

Cicatrices que podrían ser un problema

Si el tejido cicatricial está perpendicular o en ángulo oblicuo a un canal, e impide que el Qi de los canales siga su recorrido habitual, podría estar interrumpiendo su flujo.

La forma más elegante, rápida y eficaz de eliminar el tejido cicatricial es con la acupuntura. La mayoría de los acupunturistas no reciben entrenamiento en las facultades sobre cómo tratar el tejido cicatricial. NO tienen experiencia en el tratamiento del tejido cicatricial de manera eficiente y eficaz. A algunos de ellos incluso se les han enseñado técnicas que son dolorosas y no dan mucho resultado.

Si logran encontrar un acupuntor abierto a aprender algo nuevo, díganle que visite el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson. En www.PDRecovery.org, hay disponibles para su descarga gratuita dos capítulos de *Tracking the Dragon* que enseñan cómo eliminar el tejido cicatricial de manera más eficaz y rápida. Hagan clic en *Publications* (Publicaciones) y luego en *Tracking the Dragon*. Impriman los dos capítulos sobre el tratamiento del tejido cicatricial. Compartan esta información con su acupuntor.

Las terapias que desintegran el tejido cicatricial mediante el uso de fuerza física en la cicatriz no la eliminan lo suficientemente bien como para evitar que interrumpa el flujo del Qi de los canales y, si es bastante áspera, incluso podría estimular el crecimiento de nuevo tejido cicatricial. Si sus terapeutas no están dispuestos a aprender los principios muy simples de usar agujas de acupuntura para desintegrar el tejido cicatricial, busquen otro acupuntor.

Si no pueden encontrar uno que esté dispuesto a aprender a hacer este trabajo utilizando los protocolos que se describen en *Tracking the Dragon*, quizá puedan convencer a un amigo para que les haga este sencillo trabajo.

Si una persona inserta agujas de acupuntura a un amigo común, podría decirse que se trata de una actividad interpersonal entre adultos con consentimiento de ambos. NO están practicando medicina sin autorización porque, técnicamente, no están practicando la medicina. La práctica de la medicina implica la evaluación y la realización de un diagnóstico. Ustedes o sus amigos no harán nada de ese tipo. Solo clavarán algunas agujas de acupuntura en el tejido cicatricial. Esto no es más "médico" que perforarle el lóbulo de la oreja a alguien para pasarle un pendiente.

Las agujas de acupuntura se pueden comprar en línea o tal vez al acupuntor local. Deben ser agujas de media pulgada (1,27 cm) de largo ("medio cun"), ya sea de 34 o 32 de diámetro. Si la cicatriz es grave, compren las de 32 de diámetro. Si las cicatrices parecen bastante pequeñas y poco profundas, compren las de 34 de diámetro. El diámetro más común de las agujas de acupuntura, 36, suele ser demasiado delgado y delicado para el trabajo con el tejido cicatricial: las agujas se doblarán en lugar de penetrar en el tejido cicatricial.

Si no se sienten cómodos haciéndose esto a ustedes mismos o a un amigo, sepan que los médicos tienen la autorización legal para colocar agujas en la piel de un paciente. Es posible que puedan hablar con su médico de familia para que les administre el tratamientos del tejido cicatricial con agujas de acupuntura.

Dejen las agujas dentro durante 45 minutos. Dos sesiones de tratamiento suelen ser suficientes para hacer que el Qi de los canales fluya a través del área cicatrizada.

Si tienen un amigo que puede palpar el Qi de los canales, este puede comprobar si el tejido cicatricial está bloqueando o no el flujo del Qi antes de hacer tratamientos. Si lo está bloqueando, y alguien trata el área cicatrizada con agujas, también pueden pedirle a su amigo que revise las corrientes *después* del tratamiento para asegurarse de que el Qi haya reanudado el flujo correcto.

Si un paciente está en modo de pausa, la eliminación del tejido cicatricial es la única indicación para la que la acupuntura es adecuada. Casi cualquier otro uso de las agujas fortalecerá el patrón de pausa.

Capítulo veinte

Algunas observaciones tangenciales

Muchos de mis pacientes con EP sentían que las causas subyacentes de sus síntomas o sus perspectivas sobre la recuperación tenían importantes connotaciones espirituales. Muchos me han dicho que nuestras largas charlas sobre temas espirituales o religiosos fueron la parte más importante o favorita de nuestro trabajo juntos. Por supuesto, nadie se recuperó por haber compartido historias sobre algún santo o ser. Por mucho que la gente disfrutara de las largas conversaciones y les resultaran útiles, al final, cada una tuvo que hacer el trabajo que las llevó a la recuperación.

En ediciones anteriores de este libro, evité hablar en profundidad de la personalidad parkinsoniana y, en especial, de los aspectos espirituales que aparecían todo el tiempo en las preguntas de los pacientes. Desde el comienzo de mi proyecto, realmente quise mostrar que la recuperación de la enfermedad de Parkinson podía ser una solución antiséptica, no mental, no espiritual, puramente objetiva y biológica.

Sin embargo, debido a que las posturas mentales *subjetivas*, que incluyen los malentendidos espirituales negativos y erróneos, pueden ser importantes para una persona que intenta recuperarse, en esta edición incluyo algunas de las observaciones que, a menudo, compartía con mis pacientes, pero que hasta ahora había dudado en publicar.

Hoy, estoy escribiendo esta revisión final de este libro para las personas a las que se les diagnostique enfermedad de Parkinson mucho después de que yo ya no esté. Así que estoy incluyendo una muestra de los hechos "espirituales", reflexiones y descubrimientos que a mis pacientes a menudo les resultaron útiles y/o inspiradores.

Por supuesto, una persona que *no* tenga esa inclinación *no* necesita adoptar una "actitud espiritual", lo que sea que eso signifique, para recuperarse de la enfermedad de Parkinson. Ni siquiera necesita entender las fuerzas biológicas que están detrás de la EP. En la mayoría de los casos, solo necesita activar su cuerpo estriado o volver a asociarse con el pie.

Muchas personas han argumentado que no pueden recuperarse de la enfermedad de Parkinson porque no *creen* en "algo lo suficientemente *perfecto* fuera de mí que estará dispuesto a hablar conmigo". Tengan en cuenta que algunas de las recuperaciones más rápidas han ocurrido en personas que usaron a un padre, abuelo u otro pariente amado como su amigo invisible: no a un ser "perfecto". Estos padres difuntos, primos y amigos de la escuela primaria representaban el amor. La mayoría de los pacientes recuperados *no* se han hecho amigos de Dios o de alguien "perfecto". Por otra parte, uno podría argumentar que el afecto y el amor son *manifestaciones* de lo Divino, incluso en una forma "imperfecta", muy humana.

Gente famosa con enfermedad de Parkinson

Muchos pacientes me han dicho que tener Parkinson significa que son "malas personas" o incluso un "fracaso espiritual".

Cuando una persona piensa así, me gusta señalar que muchas personas famosas y espirituales han tenido enfermedad de Parkinson idiopática. Lo hago por varias razones. Lo

más importante es que muchas personas en recuperación parcial me han dicho que el *hecho* de tener Parkinson es una prueba de que no merecen recuperarse o de que no son "lo suficientemente buenos" para recuperarse. No se entreguen a ese tipo equivocado de pensamiento retorcido o incluso circular. Es el Bloqueador el que los produce.

Muchos de los grandes santos y sabios de diversas religiones han tenido la enfermedad de Parkinson. No es que tienen Parkinson porque no son lo suficientemente espirituales. *Podrían* tener Parkinson tipo I porque *son* muy avanzados a nivel espiritual y capaces de controlar con firmeza sus pensamientos y emociones. Pero… tal vez hayan tomado un camino equivocado en respuesta a algún miedo o dolor espantoso, incluso cuando se acercaban a la cima de sus búsquedas espirituales.

El Parkinson *no* es una enfermedad que ocurre porque una persona es mala o carece de sabiduría espiritual. Si tuviera que formular una hipótesis no demostrable, diría que es justo lo contrario: la enfermedad de Parkinson, según mi experiencia, se pone en marcha más fácilmente en personas con una comprensión espiritual avanzada que han pasado *toda su vida* persiguiendo una intensa autodisciplina espiritual.

La persona promedio simplemente no tiene la claridad mental, la gran concentración y el entrenamiento en esta vida o en una anterior con respecto a la manipulación de la propia fuerza vital y la energía biológica para ser capaz de encerrarse en una pausa autoinducida. Las cualidades mentales y de autocontrol que se requieren para lograr ordenarse a uno mismo vivir como si se estuviera entumecido y casi muerto *no* están al alcance de una persona promedio.

Un hombre o una mujer común, si reciben un golpe en el estómago, gritarán, romperán en llanto, huirán, o golpearán a la persona que les propinó el golpe. Se necesita un tipo poco común de persona que se haga insensible al dolor para que parezca que no ofrece ninguna respuesta a tal ofensa. A las personas con Parkinson, en general, les encanta presentarse como insensibles al dolor, y darle un giro positivo llamándolo algo así como "gracia bajo presión" o "espíritu sobre la materia".

Por *una buena razón*, puede que hayan aprendido a modificar su compostura y hacerla estoica. Puede que hayan tenido razones muy convincentes, así como la capacidad mental, algo rara, para entumecerse ante las adversidades de la vida diaria. Sin embargo, según mi experiencia, también a menudo suponen que esta compostura elegante o discreta refleja la *superioridad* espiritual. En este sentido, se equivocan. Si esa gracia discreta es posible gracia al uso del modo de pausa autoinducida, el comportamiento "sereno" está siendo respaldado por el miedo, la falta de fe y la protección del *ego*. Estas actitudes negativas podrían justificarse creando una perspectiva sesgada, una perspectiva que afirma que estos comportamientos reflejan una espiritualidad superior.

Horas de trabajo en Países Bajos

Una vez, después de dar una conferencia en Ámsterdam y prepararme para tratar allí a ocho pacientes con EP nuevos al día siguiente, decidí hacer un experimento.

La noche anterior, había estado leyendo un extracto de los *Yoga Sutras* (enseñanzas de yoga) algo inentendibles de Patanjali (cuya antigüedad se estima que se remonta entre el siglo II a. C. y el siglo VIII d. C.).

Durante mucho tiempo, había sido consciente de que mis pacientes con Parkinson casi siempre estaban dispuestos a lanzarse a una discusión filosófica o incluso profundamente espiritual. A pesar de que muchos de mis pacientes han tenido una aversión

a una o dos palabras desencadenantes "espirituales" en particular, palabras como Divino, Dios o Amor, seguían interesados en hablar sobre significados más profundos o implicaciones espirituales de la enfermedad y la salud, siempre y cuando no usara las palabras que estuvieran en su lista de "malas palabras". En comparación, cuando atendía a pacientes de medicina general en la clínica de mi facultad, estos casi *nunca* tenían interés o incluso la capacidad para hablar de esos temas. Pero un número desproporcionado de mis pacientes con Parkinson eran inusualmente sofisticados cuando se trataba de filosofías espirituales, y bastante verbales al respecto.

Decidí que, como experimento, mencionaría el tema bastante desconocido de los aforismos de Patanjali a cada uno de mis pacientes con Parkinson, a ninguno de los cuales había conocido antes, para ver cómo respondían.

Inicié la sesión de cada paciente preguntándole si estaba familiarizado con los preceptos tradicionales de meditación del yoga, como los sutras de Patanjali.

Solo unos pocos de ellos practicaban una religión formal. Pero cuando dirigí cada conversación hacia los ocho pasos de Patanjali para alcanzar la iluminación, la mayoría de los pacientes asintieron o incluso hicieron comentarios, como si estuvieran familiarizados con la idea general de los principios. A lo largo del día, no me sorprendió mucho saber que, no solo la mayoría de ellos había oído hablar de los sutras de Patanjali, sino que era claro que estaban calificados para debatir sobre ellos.

Pero la verdadera sorpresa llegó cuando pregunté a cada uno de mis pacientes: "¿Sientes que, si consigues desactivar tu mentalidad negativa y temerosa, y si puedes entregarte con éxito a lo Divino, alcanzarás el octavo y último nivel de logro espiritual de Patanjali y, por lo tanto, te 'graduarás' de este plano terrenal y ya no necesitarás reencarnar? Y si es así, ¿es eso algo que temes?".

En realidad, pensé que era una pregunta absurda, y solo la hice porque mis propios pensamientos habían tendido en esa dirección antes de mi propia recuperación.

Algunos de los pacientes estaban un poco sorprendidos de que yo hiciera una pregunta tan personal en nuestro primer encuentro… y casi todos respondieron que sí. Temían que hacer los cambios de actitud necesarios para desactivar la pausa significaría el fin de sus miles de ciclos de reencarnaciones o, por lo menos, ¡la muerte instantánea en esta vida!

Pude asegurarles que, debido a que todavía estaban luchando con el nivel *más bajo*, el *primer* nivel de esfuerzo espiritual, que se parafrasea como "no harás cosas moralmente incorrectas" (similar a los diez mandamientos judeocristianos), no tenían que preocuparse por alcanzar pronto el octavo nivel, el más alto. En cuanto a la muerte, había *visto* a personas no medicadas recuperarse de la enfermedad de Parkinson y *ninguno* de ellos había muerto en el proceso. Las únicas personas que murieron debido a la recuperación habían sido las que habían estado tomando medicamentos antiparkinsonianos durante un período significativo de tiempo, y esas muertes se debieron al exceso de medicamentos o a la abstinencia, no a la trascendencia espiritual.

Cuando cada paciente me preguntó por qué yo consideraba que todavía estaba atrapado en el peldaño inferior, en el primer nivel, el más bajo, de logro espiritual, señalé que estaban enredados en el miedo y viviendo mentalmente una mentira: elegían fingir estar muertos (en pausa) aunque estuvieran vivos.

Una de las principales cosas "incorrectas" que una persona puede hacer, en el camino espiritual, es tener miedo. Otro es mentir. Desde este punto de vista, le insinué a

cada persona que estaba haciendo estas dos cosas "incorrectas" y era más probable que se encontrara en el extremo inferior de la escala de "progreso espiritual", no en el extremo superior. Ninguno estuvo en desacuerdo conmigo.

De hecho, les *tranquilizaba* la idea de que en realidad no estaban al borde de la iluminación irreversible. Se sintieron aliviados al saber que, desde esta nueva perspectiva, todavía estaban luchando con el primer nivel de logro espiritual, no rondando el octavo y último nivel.

Como comentario al margen, muchas personas muy espirituales que, uno podría argumentar que *están* al borde de los niveles más altos de logro espiritual, han tenido la enfermedad de Parkinson.

Esto me hace pensar que el camino hacia la intimidad con la Verdad o con lo Divino no es un camino recto con pasos diferenciados, sino más bien un proceso en el que todos los pasos se abordan de manera simultánea, a diferentes profundidades. La sensación de que hay pasos específicos y ordenados puede ser algo académico, útil sobre todo cuando se trata de poner estos principios arcanos en palabras y por escrito.

Volviendo a las personas con Parkinson en general, este altísimo nivel de compromiso verbal filosófico/espiritual que podía disfrutar con estos pacientes encajaba con lo que ya había visto con la mayoría de mis otros pacientes con Parkinson que tenían EP tipo I.

Gigantes espirituales con la enfermedad de Parkinson

Papa Juan Pablo II

En el siglo XX, el Papa Juan Pablo II (1920-2005), profundamente amado, padecía enfermedad de Parkinson idiopática. A finales de su adolescencia y principios de sus 20 años, presenció impotente cómo los nazis asesinaron a su padre en la calle. Algún tiempo después, fue testigo de cómo su madre y su hermana fueron arrastradas a la calle, atacadas y, luego, asesinadas por las tropas nazis.

Nunca tomó medicamentos antiparkinsonianos porque causan demasiados efectos *mentales* adversos. Murió de insuficiencia renal.

Santa Clara de Asís

Santa Clara de Asís (1194-1253), amiga íntima de San Francisco de Asís y fundadora de la Orden de las Hermanas Pobres (hoy conocida como la Orden de las Clarisas), padecía enfermedad de Parkinson idiopática. Por supuesto, al síndrome aún no se le había dado su nombre actual. La Iglesia se refiere de forma oficial a sus detallados síntomas, que encajan perfectamente con el Parkinson, como "las aflicciones de Santa Clara".

A medida que sus síntomas empeoraban, su inmovilidad llegó a ser casi total. Cuando Francisco iba a celebrar la misa en la capilla de su residencia (San Damián, en Asís, Italia), les pedía a las otras monjas que arrastraran su cuerpo por la habitación hasta el agujero en el suelo que daba al altar de la capilla de abajo, para poder ver a Francisco oficiando la misa. El agujero en el suelo se ha conservado.

En cuanto a su temblor, en el informe presentado al Vaticano después de su fallecimiento, un informe necesario para que su beatificación siga adelante, las monjas con las que vivía le dedicaron grandes elogios: "Su temor de Dios era tan grande que sus temblores nunca cesaron".

Clara celebraba notoriamente estar entumecida: "estar por encima del dolor". A veces, llevaba una prenda debajo de la túnica que tenía cosidos fragmentos de metal afilado, de modo que su cuerpo estaba siempre cortado y sangrando. Otras monjas a veces pedían que se les permitiera usar la prenda, pero nunca la soportaban más de unas horas. Clara la usaba durante días enteros.

Su explicación para este y sus otros actos de autolesión, incluida la casi inanición, fue que "Jesús sufrió. Dios quiere que seamos más como Jesús".

A menudo, se llamaba a San Francisco, el líder espiritual de su orden, para que le ordene que comiera o tuviera algunos cuidados con su cuerpo. Ella solía discutir con él, pero luego obedecía, durante un tiempo.

Francisco, cuya relación con Dios era comunicativa y personal, hablaba de manera íntima con Jesús cada noche. No le interesaban las lesiones autoinflingidas ni el sufrimiento autoinducido en nombre de la espiritualidad.

Sin embargo, Clara tenía una comprensión muy diferente de lo que significaba "complacer a Dios". Por lo que sabemos de Clara a través de sus escritos y los escritos de las monjas de su orden, Clara podría haber considerado que tener una relación personal y comunicativa con Jesús era tomarse una libertad. En cambio, optó por hacerse insensible al dolor para poder hacer sufrir a su cuerpo y así, a su modo de ver, complacer a un Dios no comunicativo y crítico, ser más como Jesús.

Santa Teresa de Ávila

Otra gran santa que sufrió años de creciente inmovilidad es Santa Teresa de Ávila (1515-1582). Sus médicos le diagnosticaron un "trastorno del corazón", que en su época se refería a un problema emocional o espiritual, no a un problema cardíaco físico (La idea relativamente moderna de que el corazón juega un papel en la circulación de la sangre se propuso y demostró casi un siglo después de su fallecimiento).

La inmovilidad de Teresa llegó a ser tan grave que las otras monjas de su orden la alimentaban goteándole agua azucarada en la boca. Sin embargo, después de varios años de inmovilidad casi total, experimentó una gran epifanía y se recuperó por completo, de manera instantánea.

Debido a que se recuperó espontáneamente de su parálisis que empeoraba cada vez más, los médicos modernos han propuesto que sufría de epilepsia del lóbulo temporal, un síndrome intermitente que no coincide con sus síntomas bien detallados. Aunque sus síntomas eran los de la enfermedad de Parkinson, esta es incurable, según se sabe de manera oficial, y, sin embargo, se recuperó. Por lo tanto, los médicos han examinado otros síndromes para encontrarle una posible explicación a sus síntomas similares al Parkinson y su notable recuperación.

Después de su recuperación repentina y total, tenía una tendencia a levitar. Se sentía muy avergonzada por estos "vuelos de alegría", que se producían cuando se sentía inundada por la dicha de comunicarse con lo que ella llamaba el Cristo "sin cuerpo" y/o "sin forma": su amigo invisible. Pedía a las otras monjas que la sujetaran cuando se producían estos vuelos.

Por supuesto, estas manifestaciones de ligereza física (lo opuesto a la sensación física de pesadez de la enfermedad de Parkinson) le trajeron problemas con las autoridades eclesiásticas. Tuvo que ir a Roma para que el papa pudiera decidir si estaba hechizada o si

estaba, de hecho, en sintonía con Dios. El papa determinó que su inspiración era divina y no demoníaca.

Después de eso, sus superiores espirituales le ordenaron que escribiera los pasos que había dado para alcanzar su profunda relación con lo Divino. Describió su vida interior en sus escritos autobiográficos, *Las moradas* y *Camino de Perfección*. Se ha hecho conocida por la intimidad de sus conversaciones con Jesús y con Dios.

Aunque fue fruto de sus propias reflexiones, su comprensión de los pasos que conducen al conocimiento de lo Divino coincide bastante con los principios de los ocho pasos que propone Patanjali.

Gracias a la influencia de Teresa de Ávila, se produjeron muchos cambios modernizadores en la iglesia católica, entre ellos "legalizar" que los católicos hablen con Dios en el lenguaje de sus propios corazones, en lugar de limitarse a recitar de memoria oraciones que fueron aprobadas por los padres de la iglesia.

Una famosa historia sobre Teresa cuenta cómo, después de su recuperación, viajaba a principios de la primavera para dar una conferencia, abrir un nuevo convento o algo por el estilo: hay varias versiones de esta historia, pero todas tienen el mismo esquema general. En todas las versiones, tuvo que cruzar un río crecido. Le rezó a Dios para *no* caer en el río. Con sus ropas y posesiones sobre la cabeza, comenzó a cruzar. (Algunas versiones dicen que cruzó en un carro). Cayó en el río y se empapó.

Cuando llegó a la otra orilla, agitó el puño hacia el cielo y gritó: "¿Por qué me hiciste eso?"

Una voz respondió: "Así es como trato a mis amigos".

Teresa respondió de inmediato: "¡Eso explica por qué tienes tan pocos!"

Incluyo lo anterior porque muestra la relación muy íntima, amorosa e incluso irritable, irreverente y burlona que tenía con Jesús, su Amor invisible, su "Cristo sin cuerpo".

En cuanto a la descarada respuesta de Dios o tal vez de Jesús, "Así es como trato a mis amigos", puede entenderse como una referencia a la ayuda divina para resolver las pequeñas obstrucciones kármicas que una persona pueda tener todavía, sin recordarlo, de una vida pasada, *o* posiblemente el cumplimiento de alguna oración olvidada hace mucho tiempo que pueda haberse hecho en nombre de uno mismo *o* en nombre de otra persona: tomarse un poco de molestia a cambio de la salud o la seguridad de esa otra persona.

De nuevo, noten la intimidad amorosa y risueña entre Teresa y su Cristo invisible "sin forma". Se burlan el uno del otro. Están muy cómodos el uno con el otro. Se comunican siempre entre sí. Este tipo de relación estimula el cuerpo estriado.

El Mahabharata

La vieja epopeya hindú, *El Mahabharata* ("La Gran Guerra": guerra entre el alma y el ego), que se dice que tiene varios miles de años, como mínimo, contiene un capítulo en el que el príncipe malvado elige metafóricamente tener la enfermedad de Parkinson en lugar de lidiar con las consecuencias de sus acciones.

El sentido de toda la epopeya se cristaliza en un poema, el *Bhagavad Gita*, en el punto medio de la epopeya. En el *Gita*, el héroe Arjuna, uno de los príncipes buenos, nacido de la casta guerrera, dice que no quiere ser luchador. Su tío Krishna le explica que todos debemos luchar en este mundo con el fin de proteger a otros, cumplir con nuestros deberes, y superar nuestras propias cualidades negativas.

Arjuna responde que es un amante, no un luchador. Dice que el camino hacia Dios es a través de la pasividad. Krishna explica por qué el enfoque afiladísimo en algún aspecto de Dios mientras está en la inmovilidad de la meditación profunda *es* actividad, *no* pasividad. También, por qué a veces una persona, para obtener la unidad con lo Divino, necesita levantarse de su almohada de meditación y participar en el mundo, aunque eso signifique dolor y lucha.

En la historia más general del Mahabharata, los príncipes malvados (las tendencias malvadas o impulsadas por el ego en cada uno de nosotros) y los príncipes buenos (nuestras cualidades buenas innatas) terminan en un campo de batalla metafórico. Después de muchos días de lucha, solo queda uno de los príncipes malvados. Él es Duryodhana, el ego mismo, el luchador más poderoso del lado del mal. Todos sus hermanos, los otros príncipes malos inferiores, las "tentaciones del mal", han sido derrotados. De la misma manera, muchas personas con Parkinson han aprendido a "estar por encima" de las tentaciones de los vicios más comunes con su autocontrol estoico, es decir, a matar a los príncipes malvados de la tentación. Sin embargo, su ego sigue vivo y luchando, o como verán, *no* luchando… ¡sino usando una pausa autoinducida!

Según las reglas de la guerra, los príncipes y sus ejércitos terminan el combate diario al atardecer. Planean reanudar la batalla a la mañana siguiente después del amanecer. Sin embargo, a la mañana siguiente, el malvado Duryodhana no aparece por ninguna parte. Los príncipes buenos siguen su rastro a través de las llanuras y hasta las montañas. Y aquí es donde una persona con EP querrá tomar nota.

Encuentran a Duryodhana en la alta montaña. Ha hecho un agujero en el hielo de un lago de montaña y se ha sumergido. El hielo se ha vuelto a congelar. Dentro del lago congelado, su cuerpo está rígido y tembloroso. Está entumecido y triste.

Los príncipes buenos se le echan encima y le ordenan que salga y luche como un guerrero. Duryodhana responde que no lo hará. Preferiría quedarse allí para siempre, rígido y tembloroso, que participar en una pelea que él, el ego, podría no ganar. (¿Les resulta familiar?)

Si retrocedemos un poco, Arjuna es el príncipe que representa al guerrero interior. Como se señaló antes, además de despertar el cuerpo estriado (entablando una metafórica "conversación con el tío Krishna", quien representa a lo Divino con Amor Universal), algunas personas necesitan volver a despertar la sensación de fuerza y poder que fluye hacia el canal Du en la parte posterior del cuello. Al recuperarse de la enfermedad de Parkinson, este aumento deliberado del poder ayuda a restaurar la función suprarrenal. La *cantidad* de energía (Qi de los canales) en el cuerpo se reduce en gran medida cuando una persona está en pausa. Las personas con EP que siguen corriendo o yendo al gimnasio están usando órdenes mentales para seguir adelante. No utilizan *adrenalina*, o al menos no mucha, para abrir el pecho y aumentar la frecuencia cardíaca. En las personas con EP tipo I, la función suprarrenal disminuye cada vez más hasta el punto de que a veces debe reactivarse *de manera consciente* después de desactivar la pausa.

En las escrituras hindúes, Arjuna, el príncipe guerrero, es el regulador metafórico del área lumbar ("gobernante del quinto chakra"), el área de la columna vertebral alrededor de la parte baja de la espalda: la ubicación de las glándulas suprarrenales.

Esta parte de la epopeya Mahabharata explica que el modo de pausa autoinducida, congelarse y apartarse intencionalmente, como el príncipe malvado Ego, *no* es una opción "espiritual". La elección espiritual es ser como Arjuna: hablar y ser guiado por alguien

amoroso, como el tío Krishna, mientras se utiliza *con sentimiento* la medida más completa del propio poder para enfrentarse al mal, sin importar cuán espantosa sea la tarea.

Ahora, si lo desean, pueden descartar por completo todo lo anterior sobre los santos y las escrituras antiguas. Lo he incluido solo porque muchos de mis pacientes encontraron un gran consuelo en esta información. A muchos les resultó útil saber que los problemas a los que enfrentaban no eran batallas propias, privadas y únicas. Saber que personas buenas y muy respetadas, santos e incluso semidioses en las escrituras del mundo han afrontado los retos de la vida usando una pausa autoinducida en lugar de buscar ayuda ha sido enormemente inspirador para algunos. A otros los desalienta: "No puedo ser como esas personas, ellas son 'buenas'. No soy como Santa Teresa. No merezco recuperarme".

Nunca piensen que no son "buenos" porque tienen la enfermedad de Parkinson, o que "no son lo suficientemente buenos" para recuperarse. Si tienen este tipo de pensamientos negativos sobre ustedes mismos, podría ser útil considerar que el Bloqueador fue un mentiroso desde el principio: un comportamiento mental creado para proteger las mentiras creadas por el ego.

Ejemplos modernos de personas con Parkinson

Entrando en los tiempos modernos y las personas con Parkinson que eran conocidas no por su espiritualidad sino por su gran impulso e intensidad de propósito (el dominio de la norepinefrina), la lista incluye al general Douglas McArthur, que participó en la Segunda Guerra Mundial; la fiscal general de los EE. UU. Janet Reno; el gobernador George Wallace de Alabama, EE. UU.; el senador y apasionado ambientalista Mo Udall; y el presidente chino Mao Tse Tung.

Estas personas *no* son conocidos por estar particularmente asociadas a un camino espiritual. Sus similitudes radican en la *vehemencia* extrema de su comportamiento: su capacidad para ser más fuertes, más inteligentes y/o más incansables que las "personas normales", los comportamientos del modo de emergencia.[67]

[67] Adolph Hitler y Michael J. Fox no se incluyen en esta sección de personas famosas con Parkinson porque ambos tenían parkinsonismo inducido por medicamentos, un síndrome completamente diferente de la enfermedad de Parkinson idiopática.

A Hitler le encantaba la metanfetamina. La usaba para darse "poder". Sus tropas consumían metanfetamina, que les daba la velocidad y la fuerza "sobrehumanas" para sus *blitzkriegs*, los ataques de la "guerra relámpago".

Michael J. Fox, como se describe en su autobiografía, desarrolló síntomas de parkinsonismo inducido por medicamentos de la noche a la mañana, junto con un pequeño grupo de amigos, después de haber salido de fiesta y consumido heroína sintética. Luego, se dejó llevar por el "subidón" que le produjeron los medicamentos antiparkinsonianos que le recetaron, lo que causó el empeoramiento rápido de sus síntomas. Las personas con EP *idiopática* muy a menudo *no* experimentan un "subidón" con sus medicamentos. Pero las que padecen parkinsonismo inducido por medicamentos o toxinas muy a menudo *sí*.

Si hacen una búsqueda en internet de "personas famosas con la enfermedad de Parkinson", muchos de los nombres que aparecen son, en realidad, de personas que han recibido diagnósticos de parkinson*ismo*, parálisis supranuclear, y otros síndromes que tienden a agruparse en artículos sobre la enfermedad de Parkinson. Hace poco, hice una búsqueda en internet y los primeros nombres que aparecieron eran de personas que, en los círculos de investigación, se sabe que, en realidad, *no*

Reflexiones sobre los aspectos espirituales

El hecho de que tantas personas con reconocidos logros espirituales hayan tenido Parkinson podría interpretarse como una prueba de que padecer la enfermedad de Parkinson tipo I significa que una persona con EP *está*, en realidad, un poco más cerca de alcanzar sus metas espirituales. Puede que aún esté profundamente confundido en cuanto a la naturaleza de la entrega y/o que piense de manera errónea que debe protegerse *él solo* de un universo cruel o que debe *hacer* algo para encontrar la alegría o el amor o, si prefieren el vocabulario religioso, "encontrar a Dios". Pero aun así, puede que lleve vidas de ventaja a la persona promedio en cuanto a la disciplina espiritual del control de la energía vital.

¿Qué pasaría si la situación traumática que condujo a la pausa autoinducida fuera una prueba espiritual para ver cómo una persona responde al miedo o a un dolor terrible? Cuando se encontraba en la agonía de algún trauma, ¿la persona confió lo suficiente en el universo como para buscar un amor o una sabiduría superiores? ¿O se replegó en una autoprotección aislacionista, un nivel de protección mental que *solo* puede crear gracias a años, vidas, de práctica espiritual? Estos son los tipos de preguntas que me planteo cuando contemplo mis propias elecciones en esta vida, mi propia recuperación del Parkinson y las preguntas que mis pacientes han compartido conmigo.

Aquellos que se han recuperado han tendido a ver, en retrospectiva, que hicieron una elección equivocada y para nada saludable años antes por la falta de comprensión o el miedo. Aprender a aceptar la ayuda y el amor de una fuente mayor o de un amigo invisible los ha devuelto a una mentalidad sana y *humilde*, y ha desactivado el Parkinson. Ser más humilde implica acercarse más a la Sabiduría y del Amor divino. Y, en algunos casos, pero obvio que no en *todos*, la recuperación trajo un nivel más profundo de indagación espiritual o incluso sabiduría sobre cómo comportarse cuando se tiene miedo.

Por otra parte, la respuesta inmediata de algunas personas a la recuperación de la enfermedad de Parkinson ha sido buscar una manera de sacarle provecho a su recuperación y obtener un beneficio económico de ella, a pesar de que no tenían ni idea de lo que habían hecho para recuperarse. Una persona, que no era paciente mío, después de recuperarse gracias a una epifanía, publicó una copia de *mi* libro con un título ligeramente modificado, bajo su *propio* nombre, y comenzó un negocio en el que le decía a otras personas cómo recuperarse. Tuve que iniciar una demanda para que dejara de publicar mi material con derechos de autor bajo su propio nombre. Se mostró bastante hostil conmigo y me escribió: "¡Ey! ¿Por qué me haces esto? ¡Yo también tengo que ganarme la vida!" Incluso vendía productos sanitarios caros para personas con EP, productos que en realidad no tenían nada que ver con su propia recuperación.

Otra persona recuperada, que tampoco era paciente mío y que *no* tiene ni idea de las causas reales de la EP ni de cómo tratar la mayoría de sus formas cobra a las personas con EP honorarios bastante altos solo para darles sus consejos "personalizados" por correo electrónico. Estos se basan en mis teorías anteriores sobre las lesiones en los pies, por lo que solo puede ayudar a las personas que tienen EP tipo II, lo que significa que cuando "ayuda" a otras personas, es muy probable que los esté acercando a la recuperación parcial, un obstáculo, no una ayuda.

---

padecen la enfermedad de Parkinson idiopática, sino otros síndromes de la "familia de trastornos del movimiento", incluido el parkinsonismo inducido por medicamentos.

Así que no se preocupen por las probabilidades de convertirse en un santo solo porque se recuperen. Si eran cretinos o estafadores antes de recuperarse, seguirán siéndolo una vez que se recuperen. La recuperación tampoco los va a acercar necesariamente a Dios o a la santidad, aunque mucha gente cree que sí. Después de la recuperación, seguirán siendo igual que lo que eran antes, pero con una nueva actitud, capaz de enfrentarse a la vida e involucrarse en ella, en lugar de fingir estar entumecidos o muertos.

Respuestas espirituales versus respuestas del Parkinson

Una persona que está en resonancia con el Amor Universal o con lo Divino ve el funcionamiento más profundo de las leyes de causa y efecto durante una lesión o un desafío emocional, por lo que no se toma las cosas tan *personal*. Cuando está atrapada en dolores y traumas mundanos, una persona que está en resonancia con la Sabiduría o el Amor Universal depende cada vez *más* de sus relaciones espirituales, se entrega con más profundidad y confía más plenamente en las amorosas pero incomprensibles grandes leyes universales de causa y efecto. La paz interior alcanzada de este modo permite una respuesta calma, incluso minimizada, a los acontecimientos que podrían mandar a una persona menos resonante al miedo y al pánico del modo simpático… o, si es capaz, a una pausa.

El resultado de esta sensación de seguridad, y su respuesta concomitante impersonal o minimizada, o el aumento de la entrega, podría *parecer* a una persona ajena a la situación como si la persona mantuviera la compostura, o podría parecer que "está por encima del dolor".

Pero esta serenidad santa y desconcertada tiene sus orígenes en la física y la biología exactamente opuestas a lo que la mayoría de las personas con Parkinson suponen que es la "actitud correcta".

Estar radiantemente en paz sin sentir miedo, a pesar del "estrépito de mundos en colisión" es lo *contrario* de esconderse detrás del entumecimiento. [68]

Por ejemplo, San Francisco de Asís, que *no* tenía Parkinson, era conocido por olvidarse de comer durante días enteros. Estaba en un estado tan constante de unión con Jesús, su amigo y confidente risueño (a veces, invisible; a veces, visible) que una vez escribió: "Tanto amor derrama ahora el cielo, que siempre que me paro en un campo, tengo que escurrir la luz al llegar a casa".

Una vez, al volver con los demás discípulos después de pasar unos días fuera de la ciudad, Francisco observó que parecían débiles y tristes. Les preguntó qué les pasaba.

Le respondieron: "Queremos parecernos más a ti, Francisco, así que estamos ayunando, como tú".

Francisco les explicó con cariño: "Si tengo hambre, como".

Lo que los discípulos no entendían era que su ayuno no lo hacía espiritual. Más bien, su espiritualidad, su comunión constante con Jesús, a menudo, le impedían darse

[68] "Aprende a permanecer imperturbable aun en medio del estrépito de mundos en colisión". Según la santa del yoga Sri Daya Mata, este consejo espiritual del antiguo *Mahabharata* significa, que "cuando las cosas se ponen difíciles, ese es el momento de correr a los pies de Dios, de llorar ante Él desde adentro, de exigir como su hijo que Él te ayude". *Así* es como una persona permanece "imperturbable" en su esencia: *recurre* a su esencia, a sus amigos más confiables, a su corazón, en busca de ayuda.

http://yogananda.com.au/dayamata/daya_mata_purpose_of_tests.html

cuenta de si había comido o no. Su profunda calma y alegría provenían del hecho de sentirse cerca de Jesús y hablar constantemente con él, no de entumecerse o abstenerse de comer cuando tenía hambre.

Otro ejemplo de espiritualidad que desconcierta bastante a la mayoría de mis pacientes con Parkinson es esta cita del Maestro Eckhart: "Si Dios me soltara la mano, lloraría tan fuerte, pediría con todas mis fuerzas, causaría tantos problemas… que apuesto a que entraría en razón y no volvería a hacerlo jamás".

El Maestro Eckhart, que *no* tenía Parkinson, describe el comportamiento exactamente opuesto al que la mayoría de mis pacientes con Parkinson consideran espiritual. Él habla de hacer un alboroto con el fin de mantener a Dios cerca de manera *tangible*, incluso si eso significa comportarse como un niño travieso.

Mis pacientes, en su mayoría, intentan cultivar la *apariencia* de santidad mostrando al mundo una tristeza profunda o quizá un ligero entumecimiento; en cualquier caso, una falta de respuesta al dolor y a las ofensas. Lo hacen a través de la *represión* de sus emociones: se sedan a sí mismos en un martirio silencioso. *No* eligen con alegría centrarse en lo Divino a pesar de los continuos acontecimientos negativos.

Al igual que los seguidores de san Francisco, que pensaban erróneamente que podían ganar espiritualidad muriendo de hambre, la mayoría de mis pacientes con Parkinson han estado intentando mostrar lo que ellos creen que es una fachada espiritual inhibiendo sus sentimientos. Se ordenan a sí mismos comportarse de una manera que creen que *imita* la apariencia externa de los grandes santos y sabios. Pero mientras tanto, en secreto, se sienten terriblemente apartados de todo lo divino, o incluso se sienten "indignos".

Presten atención a lo que digo: fingir estar *apartado* de Dios es el problema. Estar *enojado* con Dios no es necesariamente un problema. Estar enojado y expresarlo de manera vigorosa y sin miedo implica una relación. Por el contrario, pensar que uno está apartado de Dios o del resto de este universo cuántico interconectado es dejarse llevar por una fantasía falaz, malhumorada y basada en el ego. La investigación moderna sobre el entrelazamiento cuántico nos dice que cada pedacito de todo está conectado con todo lo demás. Si están cultivando una mentalidad que dice que están apartados o que eren inherentemente diferentes, están muy equivocados. Esta actitud equivocada puede enfermarlos y hacerlos permanecer enfermos.

Por cierto, si mi uso de la palabra "Dios" resulta ofensivo, como bien puede ser, y con buena razón, para algunas personas, sustitúyala por Amor, Consciencia Universal o alguna palabra o frase que les guste. Aunque su formación religiosa les haya enseñado a desconfiar o incluso odiar y temer el concepto de Dios, espero que todavía puedan creer que existe algo como el Amor en el universo. Y sin importar cómo llamen a ese concepto, necesitan tener una relación con él, no estar apartados de él. Por ejemplo, imaginar que están apartados del Amor, separados de todo el amor en el universo, es un problema. Estar *enojado* con el amor *no* lo es. Estar enojado con el Amor, Dios o la Consciencia, y sentirse libres para expresarse vigorosamente y sin miedo implica una *relación* con estos. Es la *relación* que los ayudará a volver a encender el cuerpo estriado del cerebro si se han quedado atascados en una pausa autoinducida.

Muchos de mis pacientes con EP tipo I han tenido puntos de vista similares a los de la Santa Clara, que torturaba su cuerpo, con respecto a "estar por encima del dolor", estar entumecidos ante el "dolor mundano", o estar felices de martirizar su salud por una causa presuntamente espiritual.

Por el contrario, otros han considerado que *evitar* el dolor, o la buena salud en sí misma, debe ser la principal motivación espiritual. Algunos de mis pacientes han creado han creado dietas y/o rutinas de ejercicios extensas, incluso obsesivas, para su salud. Estos regímenes de ejercicio y alimentación *no* han ralentizado el progreso de sus síntomas del Parkinson, aunque algunas personas han notado una breve reducción de los síntomas, al principio, en respuesta a sus regímenes: el tipo de reducción que se produce en respuesta a *cualquier* placebo convincente.

Los placebos eficaces y a corto plazo para el Parkinson incluyen casi todos los alimentos y suplementos. La gente ha proclamado su éxito en la reducción de los síntomas del Parkinson con productos que van desde el agua filtrada, la tiamina y la CoQ-10 hasta la marihuana y el alcohol.

Sin embargo, como todos los demás placebos, los regímenes de ejercicio o alimentación y las diversas fórmulas mágicas "espirituales" han dejado de funcionar cuando la persona se topó con algún nuevo acontecimiento extremadamente negativo que lo llevó de nuevo a un empeoramiento constante de los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

Las variaciones de mis pacientes sobre lo que constituye un estilo de vida "espiritual" o "moralmente correcto", incluidas las modas en cuanto a la alimentación y el ejercicio, las máquinas de energía o las máquinas Qi Gong y otros artilugios, están por todas partes. Según mi poca experiencia, ninguna de estas modas, máquinas, "trucos" físicos o dietas milagrosas funcionó a largo plazo.

Los pacientes con EP tipo I que terminaron recuperándose fueron aquellos que fueron capaces de 1) darle la espalda al murmullo de su mentalidad negativa; 2) fomentar prácticas que aumentan el flujo de energía a través del mesencéfalo: prácticas tales como comunicarse de forma constante con un amigo invisible, mantener la energía mental enfocada en el centro del lóbulo frontal del cerebro o Yin Tang y mantener un flujo constante de pensamientos de agradecimiento, si es necesario; y 3) reiniciar el funcionamiento de las glándulas suprarrenales.

Ahora, alejémonos de las observaciones intuitivas e incomprobables de este capítulo.

Veamos los fenómenos físicos y muy objetivos en los que se basan los procesos que actúan en la enfermedad de Parkinson idiopática. Nada deja más clara la biología subyacente del Parkinson que los cambios y síntomas temporales que pueden ocurrir durante la *recuperación* del Parkinson.

Mientras que la investigación sobre gammagrafías cerebrales que encontré en 2015 me llevó a las técnicas para desactivar la pausa autoinducida, los hallazgos *más* importantes, las cosas que me guiaron hacia lo que en verdad causa la enfermedad de Parkinson, las cosas que responderán a sus preguntas restantes sobre lo que realmente *es* el Parkinson, se encuentran en la siguiente discusión de los síntomas de recuperación. Los síntomas de recuperación totalmente inesperados no solo muestran lo que sucede en la recuperación. Revelan lo que en verdad sucedía en el cuerpo durante los años en que el Parkinson todavía era invisible.

Al trabajar en retrospectiva a partir de los síntomas de recuperación, pude averiguar qué causa los cambios neurológicos de la enfermedad de Parkinson, y a partir de ahí pude entender por qué las personas se recuperaban, o no, en respuesta a varias terapias.

Prepárense para lo que se viene.

Capítulo veintiuno

Síntomas de recuperación: introducción

La mayor prueba de que mis pacientes se habían recuperado de la enfermedad de Parkinson, y que no habían recibido un "diagnóstico erróneo", fueron sus síntomas de recuperación. Estos extraños síntomas nos tomaron a todos por sorpresa. No habríamos podido predecir estos extraños comportamientos físicos que, al final, tenían todo el sentido del mundo e incluso permitieron comprender mejor los procesos que habían tenido lugar durante el Parkinson.

Después de que las personas con Parkinson desactivaran la pausa o la pseudopausa, casi todas experimentaron las mismas manifestaciones físicas inesperadas, ilógicas e incluso extrañas, así como cambios emocionales específicos. Al comienzo de la investigación, estas manifestaciones formaban parte del rompecabezas de los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Aunque los detalles *exactos* de estas manifestaciones variaban de un paciente a otro, había una similitud general en los síntomas que informaban.

Mis primeros pacientes con EP no se conocían. Esto era bueno, ya que era poco probable que se "contaminara" la investigación de paciente a paciente. Además, dado que mis hipótesis sobre la causa de la enfermedad de Parkinson aún no estaban formadas cuando los primeros pacientes se recuperaron, no había forma de que yo o un paciente pudiéramos haber adivinado qué síntomas de recuperación, si es que aparecían, podrían producirse. Yo estaba tan desconcertada como los pacientes cuando un paciente en recuperación tras otro manifestaba síntomas totalmente inesperados y opuestos a los del Parkinson, después de haber desactivado los comportamientos de la corriente eléctrica que ahora sé que son típicos del modo de pausa. Llamé a estas manifestaciones "síntomas de recuperación".

Los síntomas de recuperación terminaron siendo uno de los fenómenos más importantes que les dieron forma a mis ideas sobre el Parkinson. Junto con mi comprensión cada vez más profunda de la teoría de los canales, los síntomas de recuperación proporcionaron la prueba de que mis pacientes *no* habían recibido un diagnóstico erróneo. De hecho, habían tenido Parkinson. Los síntomas de recuperación también expusieron los procesos fisiológicos del Parkinson que *no* están relacionados de ninguna manera con la dopamina o la falta de ella.

"¿Qué demonios?"

Los primeros pacientes, a los que llamé "los pioneros", esperaban que cualquier mejoría del Parkinson fuera agradable. Suponían que la recuperación, si eso era lo que estaba ocurriendo, consistiría en mejoras lineales y constantes de la función motora. También suponían que cualquier beneficio se presentaría como un "regreso al pasado". En la mayoría de los casos, esto habría significado una vuelta al estilo de vida anterior: un umbral de dolor alto, una gran fuerza de voluntad y movimiento basado en órdenes.

Lo que realmente ocurrió no se ajustaba a las expectativas de nadie. Todos y cada uno de los pioneros se sorprendieron por el conjunto de nuevos síntomas a corto plazo, al parecer, negativos e imprevistos, que se produjeron cuando sus lesiones disociadas desde hacía mucho tiempo empezaron a curarse y/o cuando desactivaron el modo de pausa.

Pero cuando empezaron a ver el lado positivo de estos cambios, a veces, dolorosos por momentos y/o alarmantes, comenzaron a apreciar que estaba ocurriendo algo increíble: de verdad se estaban recuperando de la enfermedad de Parkinson, y no era solo que se sentían mejor y esto enmascaraba los síntomas. Al fin y al cabo, los síntomas nuevos, aunque eran extraños, eran justo lo *contrario* a los síntomas del Parkinson.

El credo de muchos pioneros se convirtió en algo así como: "No sé qué demonios está pasando, pero estoy muy seguro de que no es enfermedad de Parkinson".

Introducción a los síntomas fisiológicos

Aunque la mayoría de los médicos piensan que el Parkinson es un trastorno del *movimiento*, a lo largo de los años, se desarrollan muchas patologías *fisiológicas* del Parkinson que no tienen nada que ver con el movimiento. Algunos ejemplos de cambios fisiológicos que no están relacionados con el movimiento son el frío en las manos y los pies, el entumecimiento de la cara y los dedos de los pies, la rigidez del músculo psoas junto con la laxitud del cuadrado lumbar, la curvatura hacia atrás del cuello que se produce con frecuencia y el crecimiento de hongos en los pies y la cara. Todas estas dolencias existen tanto si la persona con Parkinson está intentando ejecutar una función motora grande o pequeña (caminar o usar las manos) como si no.

Si una persona con EP tiene entumecimiento en los músculos de la mejilla o del párpado inferior, este estará presente tanto si el paciente está intentando utilizar esos músculos como si no. Muchos de estos síntomas *fisiológicos* de la enfermedad de Parkinson no cambian con el estado de ánimo o las expectativas, sino que están causados por los cambios físicos que se han producido en el tejido muscular, el tejido nervioso, el riego sanguíneo y la conectividad del cerebro con los músculos durante muchos años de uso de los esquemas de pausa. Estos síntomas pueden *contribuir* a la ejecución deficiente de determinados movimientos, del mismo modo que una pierna que quedó más corta por la poliomielitis o un dedo índice roto pueden contribuir a una ejecución motora deficiente. Sin embargo, estos cambios fisiológicos no *causan* la inhibición basada en la pausa del movimiento automático ni el temblor. La inhibición y el temblor solo se hacen evidentes cuando empieza a fallar el dominio de la norepinefrina. Los cambios *fisiológicos*, las averías en el cuerpo físico, han estado empeorando de forma invisible mucho antes de que aparecieran los síntomas motores evidentes del Parkinson.

Los síntomas fisiológicos *no* mejoran cuando se toman medicamentos dopaminérgicos porque *no* son síntomas relacionados con la dopamina. Por el contrario, se deben a cambios de larga data en los nervios y los músculos que son causados por la circulación de los canales en los esquemas de pausa a largo plazo. Estos son los cambios en el cuerpo a los que metafóricamente me refiero como "heridas de guerra".

Durante la recuperación, la curación del daño fisiológico es la "reconstrucción después de la guerra". Estos cambios curativos podrían empezar a producirse de forma automática tan pronto como el Qi de los canales empiece a fluir en la combinación saludable y en constante cambio de los circuitos simpático y parasimpático.

La lista de síntomas de recuperación

En 1999, en la primera edición de este libro, incluí una lista de síntomas de recuperación que se habían presentado en mi primera docena de pacientes. Como me preocupaba que algunos síntomas fueran casualidades individuales y no característicos de

la recuperación de la EP, solo incluía síntomas de recuperación en la lista si *varias* personas los manifestaban. Una vez que había visto un determinado síntoma de recuperación tres veces, lo incluía en la lista, que era cada vez mayor. A medida que el proyecto crecía, fui actualizando la información en el sitio web y agregando a la lista más síntomas de recuperación a medida que los notaba.

A veces, estos eran sorprendentes, incluso alarmantes. Quería que las personas conocieran los síntomas de recuperación para que 1) se sintieran alentadas por haber desactivado el Parkinson y 2) *no* se asustaran. Quería que *celebraran* estos síntomas extraños, no que les tuviera miedo.

Sin embargo, pronto descubrí que muchos pacientes utilizaban esta lista como una lista de comprobación *obligatoria*: si sus síntomas de recuperación *no* estaban en la lista, entraban en pánico. Por el contrario, si una persona *no* experimentaba *todos* los elementos de la lista, podía llegar a tener la certeza de que su recuperación se había estancado.

En algunas personas que era evidente que se habían estado recuperando de la EP *tipo I*, el pánico o la preocupación por el estancamiento de la recuperación *basados* en la lista de síntomas de recuperación, a menudo, resucitaban al antiguo Bloqueador e incluso algunos de los antiguos síntomas del Parkinson. Al fin y al cabo, incluso después de haber desactivado la pausa de una vez por todas, una persona siempre puede *optar* por volver a activarla, en especial, si aún no ha vuelto a utilizar el modo simpático, el modo *correcto* para hacerle frente al miedo o la ira.

Algunos pacientes que era claro que se estaban recuperando seguían buscando siempre una razón para reanudar el entumecimiento del modo de pausa que les resultaba familiar. La variación de una persona en cuanto a la lista de síntomas de recuperación resultó ser una razón popular para reanudar una vez más el uso de la pausa.

Se supone que el modo de pausa *nunca* debe usarse esporádicamente, como una forma de hacerle frente al miedo, la ira o las situaciones desagradables. El modo de pausa es un modo drástico. Solo debe utilizarse para intentar mantenerse con vida cuando se está al borde de la muerte. Pero a los pacientes que aún no se sentían cómodos utilizando la adrenalina del modo simpático, a menudo, les resultaba más familiar y agradable volver a utilizar el modo de pausa en respuesta a *cualquier* nuevo pensamiento negativo, incluso después de haberlo desactivado por completo hacía ya algún tiempo.

Esta es otra razón por la que aprender a direccionar los pensamientos silenciosos a un amigo o a alguien querido es útil *a largo plazo*, no solo mientras se trabaja para desactivar la pausa. La presencia del amigo invisible, incluso después de haber ayudado a desactivar la pausa la primera vez, también puede fomentar el uso de modos *saludables* en respuesta al miedo, y resistirse al *regreso* del modo de pausa. En el libro *Stuck on Pause* se incluyen instrucciones para volver a poner en marcha y/o aprender a utilizar el modo simpático.

Ejemplo de regreso a la pausa

En mi caso, cuando empecé a correr de nuevo para hacer ejercicio después de no haberlo hecho durante un tiempo, me di cuenta de que, cuando corría mucho, volvía a estar "fuera de mi cuerpo" y me daba órdenes mentales para mover las piernas. Era pura costumbre. Debería haber activado un mayor grado de modo *simpático* para respaldar mi producción física de energía. *No* debería haber vuelto a fingir que estaba al borde de la muerte. Pero cuando aumentaba mi ritmo cardíaco y comenzaba a correr con fuerza, notaba que mi percepción corporal volvía al modo de pausa. Volvía a estar fuera de mi cuerpo, al

igual que me había pasado siempre desde que era joven. Como el resto del día ahora mi conciencia somática estaba *dentro* de mi cuerpo, la extrañeza de que esté *fuera* de él mientras corría era realmente notable.

Ya *nunca* utilizaba el modo de pausa, *excepto* mientras corría. Era obvio que mi uso de la pausa cuando practicaba deportes era una *costumbre*. No una necesidad. Cuando era más joven, utilizaba la mente de manera consciente, en lugar de la conciencia somática, para practicar deportes. Ahora, tras recuperarme del Parkinson y gozar de las nuevas sensaciones que me generaba estar dentro de mi cuerpo, todavía me encontraba a mí mismo volviendo de forma automática a un estado mental de pausa cuando corría fuerte.

Tuve que obligarme a permanecer mentalmente dentro de mi cuerpo mientras corría. Tuve que imaginarme mis glándulas suprarrenales brillando y descargando adrenalina, y *celebrar* las sensaciones de un ritmo cardíaco fuerte y acelerado y una respiración animal y poderosa, las cuales estaban "fuera de mi control". Tardé unos días en aprender a permanecer en los "modos de vida" en lugar de volver a la pausa mientras corría fuerte.

Una vez que una persona ha aprendido a utilizar la pausa en lugar de los modos saludables, puede volver fácilmente a esta de vez en cuando, debido a la costumbre. Además, las personas con EP tipo I solían estar listas para volver a la pausa al menor indicio de algo nuevo, inesperado o apenas riesgoso. Los síntomas de recuperación eran nuevos, inesperados y *extraños*; por lo tanto, riesgosos por naturaleza.

Muchas personas volvían al modo de pausa en respuesta a los síntomas de recuperación, o a la *ausencia* de ellos, y se quedaban allí. Se decían a sí mismos que, a fin de cuentas, no se habían recuperado, a pesar de que los síntomas de EP habían disminuido en gran medida y ya habían tenido *algunos* síntomas de recuperación.

Así que, a partir de la edición de 2012 de este libro, eliminé la lista de síntomas de recuperación.

Comprensión de los mecanismos

Desde 2012, en lugar de una lista, explico las causas de los síntomas de recuperación. Si las personas entienden los *mecanismos* que entran en juego no tienen que alarmarse porque no se están recuperando exactamente en la misma secuencia o manera que otros pacientes. Tienen más tiempo para disfrutar de *no* estar en pausa y aprender poco a poco a utilizar el modo simpático cuando tienen miedo, en lugar de volver a la pausa al primer indicio de variación de la lista. Por lo tanto, en los siguientes capítulos, solo se comparten *ejemplos* de los síntomas de recuperación, junto con explicaciones de *por qué* se producen.

Aun así, las personas que se recuperan de la EP tipo I pueden encontrar motivos para entrar en pánico. Un paciente que había tenido síntomas claros de recuperación durante un par de meses comenzó a caer en picada cuando empezó a tener períodos de espasmos musculares en la espalda, entre los omóplatos, porque pensó que habían reaparecido los síntomas de la EP. Los períodos de espasmos breves e intermitentes duraban unos 20 minutos. Llevaba así varios días. Me escribió aterrado. Le expliqué que se trataba de un síntoma *clásico* de recuperación, tal y como se describe en los capítulos sobre los síntomas de recuperación: el regreso vacilante, a menudo, espástico, de la función muscular durante 20 minutos seguidos en músculos que llevaban mucho tiempo sin funcionar y que empezaban a recuperar la función, aunque al principio de forma intermitente. Me contestó

que nunca había leído sobre el síntoma de recuperación del espasmo muscular entre los *omóplatos*, por lo que era probable que el Parkinson haya regresado.

Le comenté por correo electrónico que la debilidad en la zona entre los omóplatos *se* menciona en el capítulo trece, en la explicación sobre qué músculos se vuelven rígidos y cuáles se enfrían o se atrofian. Mi capítulo sobre los síntomas de recuperación daba muchos ejemplos de espasmos intermitentes, que duraban unos 20 minutos, a lo largo de muchos días, en músculos que antes estaban rígidos o *no* eran funcionales. El capítulo sobre la recuperación *no* especificaba *este* grupo de músculos. No obstante, *sí* se había enumerado en el capítulo sobre los músculos que pueden verse afectados por la debilidad durante el Parkinson.

En cuanto se lo señalé, estuvo de acuerdo en que sus nuevos síntomas coincidían perfectamente con mi descripción de los espasmos de recuperación. Pero hasta que pude indicarle la página donde mencionaba a este grupo de músculos, estaba convencido de que tenía nuevos síntomas de Parkinson, no síntomas de recuperación. Había entrado en pánico, e incluso habían vuelto a aparecer algunos de sus síntomas de Parkinson, durante las 48 horas en que intercambiamos suficientes correos electrónicos que le demostraron que, de hecho, se trataba de síntomas de recuperación.

Si todo lo demás que vi no fuera suficiente para convencerme de que hay un fuerte componente psicológico en el Parkinson, algunas de las respuestas de regreso al modo de pausa de mis pacientes ante los síntomas de recuperación, que no se parecen en *nada* a los síntomas de la EP y son lo *opuesto*, me habrían hecho dudar.

El ritmo de recuperación

Con respecto a la recuperación *fisiológica* de la atrofia muscular, la función nerviosa deficiente, la coordinación izquierda-derecha, etc., esta sucede de forma gradual.

La desactivación de la pausa puede ocurrir en un instante. La inhibición de la liberación de dopamina para la función motora podría desaparecer en un abrir y cerrar de ojos. Pero la reparación del daño fisiológico llevará algún tiempo. Por favor, recuerden que es imposible que una persona se despierte un día y *de repente* tenga enfermedad de Parkinson idiopática avanzada. Los síntomas *fisiológicos* de la enfermedad de Parkinson idiopática casi siempre se desarrollan lentamente. La recuperación fisiológica también lleva su tiempo. El margen de tiempo varía de una persona a otra. La única generalización que puedo hacer es que las personas mayores tienden a tardar más en curarse que las jóvenes. Pero incluso esto es una generalización, y abundan las excepciones. Y me niego a indicar a qué edad una persona es “joven” o “mayor”.

Reparar el daño causado por el flujo eléctrico en retroceso y su inhibición durante las décadas anteriores puede llevar semanas, incluso meses. Llevará tiempo desarrollar músculo nuevo. Llevará tiempo volver a entrenar nuevas conexiones nerviosas. Llevará tiempo recuperar la función sensorial plena.

Una vez que comiencen con los síntomas de recuperación, se alegrarán de que avancen lentamente. A veces, pueden resultar abrumadores incluso a su ritmo moderado. Los síntomas de recuperación son imparables (a menos, por supuesto, que vuelvan a utilizar el modo de pausa). No siempre son agradables. Llegará un momento en el que *agradecerán* que no aparezcan todos a la vez, sino que progresen tan rápido como puedan tolerarlos.

¿Cuánto durará todo el proceso? ¿Cuán intenso será?

El tiempo necesario para la curación es variable, y *no* haré estimaciones sobre el tiempo que puede llevarle a una persona determinada.

He tenido pacientes cuyos síntomas fisiológicos más evidentes de la enfermedad de Parkinson desaparecieron entre 3 y 5 semanas después de haber desactivado la pausa. He tenido otros pacientes que seguían notando pequeñas mejoras en la función motora varios años después de que se curara la lesión y/o se desactivara la pausa, y sus síntomas de EP habían desaparecido hacía tiempo.

En mi caso, por ejemplo, al cabo de medio año supuse que me había recuperado por completo porque ya no tenía síntomas de EP. Aun así, durante años seguí notando pequeñas mejoras motoras.

Por ejemplo, 5 *años* después de haberme recuperado, un día, mientras me estaba poniendo los zapatos, la pierna *derecha* (que tenía los síntomas más graves) se levantó y se cruzó sobre la rodilla izquierda para que me resulte más fácil ponerme el zapato. Durante casi toda mi vida, hasta ese momento, cuando me ponía los zapatos, utilizaba las *manos* para levantarme la pierna derecha y cruzarla sobre la rodilla contraria. Era pura costumbre. La pierna *izquierda* siempre había realizado ese movimiento de forma automática, sin siquiera pensarlo. En cambio, la pierna *derecha* siempre había necesitado que la levantara con las manos. Me sorprendió ver cómo la pierna derecha se levantó y se colocó sobre la rodilla izquierda sin la ayuda de las manos. Este movimiento se produjo sin esfuerzo. Ni siquiera había pensado en ello. Me di cuenta de que mi función motora automática *seguía* mejorando: seguía recuperándome de los años que había estado en pausa.

En ese momento, si alguien me miraba u observaba, *no* hubiera sido capaz de detectar ningún síntoma remotamente relacionado con el Parkinson. Pero aquí estaba yo, 5 años después de haber desactivado la pausa, todavía experimentando pequeñas mejoras, de vez en cuando, relacionadas con la *recuperación* de la enfermedad de Parkinson. Por este motivo, no responderé a la pregunta: "¿Cuánto tiempo tardaré en recuperarme por completo?"

Mi reflejo de deglución se restableció de golpe más de 20 años después de haber desactivado la pausa. Un día noté que, varias veces a lo largo del día, mi garganta "atrapaba" algo que estaba a punto de deslizarse por el lugar equivocado y lo desviaba hacia el esófago. Me asombró mucho aquella sensación, que me resultó nueva. Fue maravilloso, no me ahogué y ni siquiera estuve a punto de hacerlo. Desde aquel día, mis ahogos o casi ahogos frecuentes han desaparecido. De nuevo, esta curación se produjo más de 20 años después de que desactivara la pausa y desaparecieran mis síntomas evidentes de Parkinson.

Linealidad

En mi lista original de síntomas de recuperación, los enumeré en el *orden* en que se producían a menudo, pero no siempre, primero, segundo, y así sucesivamente hasta el último.

Descubrí que, sin importar cuántas veces escribiera "los síntomas de recuperación *no* siempre se producirán en esta secuencia", *algunas* personas, por lo general, las que habían tenido EP tipo I, entraban en pánico si sus síntomas de recuperación no aparecían en la secuencia en la que yo los había enumerado. En los comienzos de esta investigación, todavía no era consciente de los hábitos cerebrales pujantes y bien arraigados que favorecen la negatividad y la imaginación del peor escenario que muchas personas con Parkinson, en

particular, aquellas con EP tipo I, habían adquirido y/o desarrollado. Esta negatividad podría ser el resultado de una infancia difícil o de una predisposición prenatal. Y podría haberse afianzado mucho más debido a que vivieron en modo de pausa durante muchos años. De todas formas, una persona que adoptó el pensamiento negativo, en general, sería propensa a responder de forma negativa, o incluso volver al modo de pausa, frente a la aparición de los síntomas de recuperación en una "secuencia incorrecta".

Por lo tanto, en esta edición, no menciono qué síntomas de recuperación *tienden* a producirse primero, segundo y último. Los dedos de los pies *pueden* recuperarse antes que los de las manos, o viceversa. La mejora de la función *sensorial puede* preceder al retorno de la mejora de la función *motora* en algunas partes del cuerpo, o viceversa; los dedos de los pies pueden recuperar la *sensibilidad* antes que toda la amplitud de *movimiento*, o viceversa; los músculos faciales pueden mostrar un aumento del *movimiento* mucho antes de que la cara recupere toda la *sensibilidad*, o viceversa. Puede que haya visto que los síntomas de recuperación *tienden* a producirse en un orden determinado, pero ya no *compartiré* esa información.

Solo diré que el camino de la recuperación es *en cierto modo* predecible. Pero los síntomas de recuperación *no* siempre siguen una línea recta. Además, los síntomas de recuperación, a veces, son sutiles, otra veces, evidentes. La *intensidad* varía de una persona a otra y, en una misma persona, puede variar de un día para otro.

La organización de los capítulos sobre los síntomas de recuperación

Los síntomas de recuperación que *solían* aparecer antes se tratan en los primeros capítulos de esta sección de recuperación y los que *solían* aparecer después se describen en los últimos capítulos de esta sección. "Después" en la oración anterior puede significar unas horas o días más tarde, o unos meses o años más tarde.

Cada capítulo contiene una explicación de *por qué* se producen estos síntomas y algunos ejemplos concretos de cómo pueden ser o sentirse. También puede incluir uno o dos ejemplos de las fascinantes formas en que algunos pacientes han utilizado los síntomas de recuperación para convencerse en su mente de que estaban empeorando, en lugar de mejorando.

Repito, no hay dos personas con Parkinson que tengan exactamente los mismos síntomas. La *recuperación* de cada persona de la enfermedad de Parkinson también es única. Los diez capítulos siguientes describen los síntomas de recuperación y las *causas* que hay detrás. Los capítulos se presentan *más o menos* en el orden en que *podrían* aparecer los síntomas de recuperación, pero NO hay una secuencia fija y rígida.

Además, como prometí antes, estos capítulos mostrarán las diferencias en la *percepción* de los síntomas de recuperación entre las personas que se recuperaron por completo y las que se quedaron atascadas en la recuperación parcial. Con suerte, esto ayudará a convencer a las personas con Parkinson que tienen la intención de recuperarse de que *deben* recuperarse de la pausa autoinducida antes de trabajar en cualquier lesión a lo largo de los canales del estómago o Du.

Y a medida que aprendan sobre los síntomas de recuperación, también verán por qué la teoría de las células dopaminérgicas muertas del Parkinson, que solo aborda la inhibición del movimiento automático, es *completamente* insuficiente para explicar los

cambios fisiológicos que ocurren durante el Parkinson *y* durante la recuperación de esta enfermedad.

Capítulo veintidós

Síntomas de recuperación: el entumecimiento se convierte en dolor

Síntomas de entumecimiento vs. rigidez

Como recordarán, el entumecimiento y la atrofia son el resultado final de una *ausencia* a largo plazo del Qi de los canales. La rigidez es una respuesta correcta al flujo *en retroceso* del Qi de los canales. Las *ubicaciones* asociadas a estos tipos *opuestos* de síntomas de EP (entumecimiento y/o atrofia, *o* rigidez y/o tensión) se describieron en el capítulo catorce.

Diferenciar los síntomas que surgen de una *ausencia* del Qi de los canales de los síntomas que se producen a raíz del flujo *en retroceso* del Qi les permitirá darles sentido a muchos síntomas de recuperación.

Por ejemplo, cuando se desactiva el flujo del Qi de tipo pausa, el entumecimiento y la rigidez empiezan a desaparecer. Las áreas que antes estaban *entumecidas* se vuelven muy sensibles e incluso doloridas durante un tiempo. Por el contrario, las áreas que estaban *rígidas* se vuelven laxas durante un tiempo.

Las áreas que estaban entumecidas vuelven a percibir sensaciones

En este capítulo, se abordarán los síntomas de recuperación que se producen en las partes del cuerpo donde el flujo del Qi de los canales ha estado ausente o ha sido mínimo: áreas que desarrollaron entumecimiento o atrofia y falta de propiocepción. En el capítulo 26, se tratarán los síntomas de recuperación en las áreas que se habían vuelto rígidas.

A menudo, uno de los primeros cambios que la gente nota cuando el Qi de los canales de tipo pausa se desactiva es la mejora de la circulación sanguínea en los pies y la cara, las dos áreas en las que el flujo del Qi se encuentra *disminuido* o *ausente* durante el modo de pausa. En la siguiente sección, se abordarán los cambios en los pies. En la sección que le sigue, se comentarán los cambios en la cara.

Mejora de la circulación en los pies

A medida que se reanuda la combinación normal del flujo saludable del Qi de los canales de los modos parasimpático y simpático, el color de los pies suele mejorar significativamente. A menudo, los vasos sanguíneos de los pies aumentan de tamaño y se hacen más visibles. La regulación de la temperatura en los pies, si es deficiente, mejora.

Antes de que desactiven la pausa o inicien la terapia Yin Tui Na, la piel de los pies de muchos de mis pacientes presentaba manchas, a veces, de color violeta, o incluso de un gris pálido, y se distinguían pocos o ningún vaso sanguíneo. Si se *veía* una vena grande, a menudo, formaba un patrón semicircular en la parte superior del pie, en lugar de fluir desde los dedos de los pies.

Los tobillos de algunos pacientes presentaban manchas extensas (pigmentación de color marrón rojizo oscuro) o várices inflamadas de color rojo vivo. Tras desactivar la pausa y/o volver a asociarse con la(s) lesión(es) de los pies, el color de la piel puede volverse más

saludable y los vasos sanguíneos sanos, más visibles. La vena semicircular puede desarrollar ramificaciones que se alimentan de ella desde los dedos de los pies, o puede aparecer un conjunto completamente nuevo de venas sanas que se abren en abanico sobre los dedos de los pies. A veces, las "manchas" oscuras se aclaran un poco, y disminuyen el tamaño y la intensidad de las várices inflamadas. Estos cambios, algunas veces, coinciden con una mejora en la regulación de la temperatura de los pies, o la anuncian.

¡Pies calentitos!

Después de desactivar el Parkinson, muchos pacientes que habían tenido los pies fríos durante años disfrutaron profundamente de la novedosa sensación de tener los pies calentitos sin esfuerzo. El frío duradero en las extremidades que no responde a los métodos normales de calentamiento, también conocido como síndrome de Raynaud, no es inusual en las personas con enfermedad de Parkinson.

Un paciente con EP que se encontraba en recuperación tenía un miedo atroz a tener los pies fríos. Si se le enfriaban los pies, le quedaban terriblemente fríos durante *días*. Cuando se le curó la lesión y mejoró la circulación en los pies, comenzó a disfrutar correr descalzo por el sendero cubierto de nieve hasta el buzón para recoger las cartas y volver corriendo a la casa. No le importaba que se le enfriaran los pies. Al contrario, estaba *encantado* porque, cada vez que volvía a entrar en la casa con calefacción, ¡se le volvían a calentar rápidamente los pies! Decía que estaba tan contento como un niño ante la novedosa sensación de que sus pies se calentaran por sí solos después de haberse enfriado por un breve tiempo.

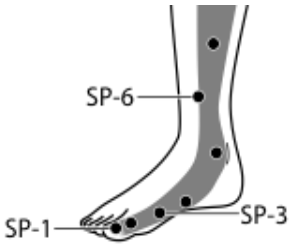
El retorno de la sensibilidad

Un síntoma de recuperación que acompañó a la mejora de la circulación fue el cese del entumecimiento.

Antes de recuperarse, muchos pacientes insistían en que no tenían los dedos de los pies entumecidos. Para demostrarlo, señalaban que podían sentirlos si se los tocaban o se los golpeaban. Sin embargo, su conciencia propioceptiva de los dedos de los pies, es decir, su sensación interna de cómo se sienten y su percepción de dónde están situados, podía estar ausente *por completo*. Los tres dedos del medio del pie en el lado más afectado *suelen* estar bastante entumecidos. Durante la recuperación, cuando los dedos recobran la sensibilidad, los pacientes se dan cuenta de lo entumecidos que estaban.

En algunos casos, el retorno de la sensibilidad en los dedos fue un poco agradable. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el retorno de la sensibilidad a los nervios entumecidos durante tanto tiempo fue algo doloroso. Las descripciones más comunes de las sensaciones en los pies que se producían durante la recuperación del entumecimiento eran "hormigueo", "ardor", "cosquilleo" y "dolor similar al que se siente durante la recuperación de la congelación".

En realidad, los dedos de los pies congelados no duelen, siempre que permanezcan congelados. De hecho, a menudo "no suponen un problema" hasta que vuelven a calentarse. En cambio, la *recuperación* de una congelación puede ser bastante dolorosa. El retorno de la sensibilidad en los pies después de haber desactivado la pausa puede ser similar a la recuperación de una congelación. Si uno no es consciente de lo entumecidos que están los pies, puede imaginarse que están perfectamente bien. Solo cuando se recupera la sensibilidad aparecen las punzantes sensaciones de cosquilleo.



Un área concreta del pie tiende a experimentar una sensación muy intensa durante la recuperación, el lado interno del metatarso, en la proximidad general del SP-3.

Fig. 21.1 Acupuntos en el lado interno del pie, en el canal del bazo

Muchos pacientes en recuperación informaron una sensación de escozor fuerte en el SP-3. Decían cosas como: "Estaba seguro de que tenía una astilla en el pie justo ahí. Me quité el zapato seis veces para intentar encontrar la astilla, pero no tenía nada" o "Pensé que me había picado una abeja; me quité el zapato varias veces, pero no tenía nada".

Sin embargo, parte del hormigueo que se producía cuando los nervios volvían a la vida eran menos específicos, las sensaciones se desplazaban. Muchas personas describieron las sensaciones como "hormigas que caminan por los dedos de los pies". Otra descripción fue "alguien me ha estado pasando un rastrillo miniatura de un lado a otro sobre la parte superior del pie y los dedos de los pies desde hace 2 semanas".

Las sensaciones pueden durar unas horas o aparecer de forma intermitente durante días, semanas o meses. Al final, cuando se recupera la sensibilidad por completo, el hormigueo y/o el dolor cesan.

Variaciones en la sensación de hormigueo

Algunas personas experimentan un calor radiante o incluso ráfagas alarmantes de calor, en lugar de la sensación de tener arañas u hormigas, o experimentan estos dos eventos de forma simultánea.

Además, la respuesta emocional al despertar de los nervios de los pies y los dedos de los pies varía de un paciente a otro. A algunos pacientes que se encontraban en recuperación les parecían divertidas o incluso emocionantes las sensaciones de hormigueo, porque eran una prueba de que estaba empezando el cambio. Otros temían que la sensación de cosquilleo fuera en aumento, o incluso que las nuevas sensaciones estuvieran causadas, no por algo sano, sino por cáncer, gota, clavos incrustados en la piel, cristales rotos o alguna enfermedad rara e incurable en el pie. Estos ejemplos proceden de mis pacientes; no estoy inventando estas explicaciones descabelladas de por qué el retorno de la sensibilidad en los pies presagiaba algo terrible.

La *mayoría* de las personas *disfrutaban* de la sensación tranquilizadora de volver a tener dedos en los pies. A otros, la sensación les resultaba desconocida e incluso aterradora.

En cuanto a la intensidad, unos cuantos pacientes en recuperación me dijeron que estaban tan conmocionados o asustados por sus sensaciones escasas, fugaces y punzantes en los pies y los dedos de los pies que gritaban en voz alta durante los momentos más dramáticos. Otros me dijeron cosas como: "No fue para tanto", "Me has preocupado sin motivo" y "No pasa nada; ¿por qué lo has puesto en tu libro?".

Las descripciones y variaciones con respecto al retorno de la función nerviosa en los pies y la cara fueron diferentes para cada persona. Pero me di cuenta de que, en general,

las personas que estaban más orientadas hacia el cinismo o la negatividad tendían a experimentar el retorno de la función nerviosa como algo doloroso, o incluso terrible.

Las personas que tenían más curiosidad que susto *tendían* a disfrutar de las sensaciones, o al menos no les molestaban. Las sensaciones de la recuperación del Parkinson son tan solo eso, sensaciones. En los comienzos de mi investigación, me parecía que el hecho de que los síntomas de recuperación se percibieran como presagios de salud o de sufrimiento parecía depender por completo de si una persona tenía una mentalidad predominantemente positiva o negativa.

Ahora que tengo un conocimiento más completo de la enfermedad de Parkinson, puedo decir que las personas con EP tipo I eran las más *propensas* a asustarse por el retorno de la sensibilidad en los pies y la cara. Las personas con los *otros* tipos de EP y *muchas* personas con EP tipo I respondieron a estos cambios con alegría.

En los pocos casos en los que sospeché que los huesos habían estado *rotos* y disociados durante años y estaban empezando a curarse, el dolor era insoportable por momentos, tal y como *debería* serlo con un hueso roto. El dolor de un hueso roto debe ser lo suficientemente fuerte como para que la persona no utilice la zona con la rotura hasta que los huesos se hayan consolidado lo suficiente como para soportar el uso.

Sensaciones de recuperación en la cara: tacto, gusto y olfato

Al igual que ocurre con los pies, los primeros cambios en la cara suelen ser mejoras en la circulación sanguínea. Esto puede mejorar el color y la calidez de la piel. El hormigueo, los dolores punzantes leves y la sensación de tener bichos que se caminan por debajo y por encima de la piel que aparecen después suelen ser intermitentes y de corta duración. Pueden aparecer y desaparecer en el transcurso de semanas o meses.

La sensación suele volver a la cara de forma más lenta y leve que a los pies. Pero aunque las sensaciones faciales sean más leves, pueden ser mucho más difíciles de ignorar. En comparación con el hormigueo en los pies, la sensación de tener arañas que trepan por la cara y debajo del cuero cabelludo pueden ser menos agudas y dolorosas, pero mucho más alarmantes y/o molestas para algunas personas.

Las personas más temerosas, en general, eran más propensas a sentirse perturbadas por las arañas y las telarañas. Las personas que eran más curiosas y agradecidas tendían a sentir que las arañas eran buenas, o que las sensaciones eran más como hormigas o pelos que hacían cosquillas, o tal vez "pequeños rastrillos" o "algo que rasguña". Sospecho que, en cuanto a la función nerviosa, la sensación real que se transmitía era exactamente la misma. Si la transmisión se comparaba con hormigas, arañas, rastrillos o arañazos era tal solo una cuestión de *interpretación* personal.

¿Cuándo se producía el hormigueo?

Las sensaciones tienden a ser intermitentes. Como ocurre con la mayoría de los diferentes tipos de síntomas de recuperación, estas sensaciones son más intensas cuando la persona está despierta y relajada, es decir, en un grado relativamente alto del modo parasimpático.

En *todas* las personas, la mayor parte de la curación se produce cuando están en modo parasimpático (consciente y curioso) y modo de sueño. Es probable que esta sea la razón por la que los pacientes con EP en recuperación suelen notar los síntomas más fuertes de hormigueo o bichos que trepan, o *cualquier otro* síntoma de recuperación, durante esos

momentos en los que están relajados. Muy a menudo, las personas sentían con mayor intensidad los síntomas de recuperación mientras veían la televisión por la noche o justo antes de dormirse.

A algunos pacientes les preocupaba tener síntomas de recuperación mientras estaban en público. Esto casi nunca ocurría. Parecía como si, cada vez que un paciente en recuperación estaba preocupado o asustado, su mente cambiara a un grado más alto del modo simpático, como debería suceder cuando uno está preocupado o, debido a viejas costumbres, cambiara temporalmente al modo de pausa, lo que *no* debería suceder; de ambas maneras, los síntomas de recuperación cesaban por un tiempo. Así que no se preocupen, los síntomas de recuperación no aparecerán en público *a menos* que les parezca bien, *a menos* que no les moleste que eso suceda.

Entumecimiento de la función sensorial en la cara

Además de una función muscular deficiente, el entumecimiento y la mala circulación en la cara por el uso prolongado del modo de pausa pueden contribuir a la disminución de los sentidos del gusto y el olfato, así como al frío y la falta de sensibilidad en la piel de la cara, incluidos los labios.

Por ejemplo, a muchas personas con EP se les cae la baba cuando beben de un vaso o una taza porque tienen los labios algo entumecidos. No pueden percibir con precisión *dónde* deben aplicar presión labial en el borde del vaso ni darse cuenta de *si* lo están haciendo.

Además de negar el entumecimiento de los pies, muchos de mis pacientes con EP negaban tener alguna alteración del gusto o del olfato, o de la percepción táctil en la cara. Me aseguraban que sus sentidos del gusto y del olfato eran perfectamente normales. Otros sabían que sus sentidos del gusto, del olfato o la percepción táctil estaban disminuyendo o habían desaparecido, pero, a menudo, insistían en que era normal cuando uno envejece.

Cuando los pacientes en recuperación experimentaban toda la variedad de sensaciones saludables que volvían a la cara, la lengua y la nariz, a menudo me hacían preguntas como: "¿Sabías que el asfalto mojado tiene *olor*?" o "¿Sabías que los distintos tipos de té tienen sabores diferentes?". Estas preguntas sugerían que el sentido del gusto o del olfato de la persona había estado adormecido durante mucho tiempo. Algunos pacientes admitieron que volvieron a sentir olores comunes, como el de la hierba recién cortada, por primera vez en *décadas*. Cuando una persona está entumecida, no puede juzgar bien hasta qué punto lo está porque es posible que esté demasiado entumecida para saberlo.

Por ejemplo, una paciente confesó haberse sentido humillada durante años, incluso antes de que le diagnosticaran EP, porque, a menudo, las personas que la veían comer le decían que tenía una poco de comida en el labio o que tenía un "bigote de comida". Además, se manchaba cada vez más la parte delantera de la camisa cuando bebía. No creía que tuviera la piel de la cara entumecida. En cambio, había asumido que era torpe para comer porque comía y bebía demasiado *rápido*. Su hijo incluso le había preguntado una vez si podía *sentir* los trozos de comida pegados en la cara. Ella le había asegurado que sí, aunque se preguntaba cómo era posible que alguien *pudiera* sentir un trozo de comida pegado en la cara. Después de que se recuperó, volvió a sentir cuando le quedaba comida pegada en la piel de la cara o los labios. Ya no se goteaba la camisa cuando bebía.

La duración de los síntomas de recuperación

¿Cuánto tiempo duró el aumento de la sensibilidad y el "hormigueo"? El período de sensibilidad *agudizada* y excesiva solo duró hasta que el cerebro se acomodó, o podríamos decir que se acostumbró, a las nuevas sensaciones entrantes (unos días, unas semanas o unos meses).

Al igual que en la recuperación de una congelación, el hormigueo en los dedos del pie termina cuando la circulación sanguínea se restablece por completo, los nervios vuelven a funcionar con normalidad y el cuerpo descompone las células dañadas por la falta de circulación y las sustituye por células nuevas y sanas. A partir de ese momento, es posible tener una percepción sana y consciente de los dedos de los pies o de la cara. Lo mismo sucede en las personas que se recuperan del entumecimiento provocado por el uso prolongado del modo de pausa en *cualquier* parte del cuerpo.

El momento de aparición y la duración de las sensaciones de hormigueo varían. Por ejemplo, a lo largo de un período de días o meses, un paciente puede experimentar unos *momentos* de hormigueo, seguidos de un período de calma. O el hormigueo puede producirse durante unos *minutos* cada vez. También puede haber un período de uno o dos días, o varios meses, durante el cual se sientan punzadas de arañas, hormigas o cosquilleo en los pies o la cara durante *horas* seguidas. Todo es posible. La duración de los síntomas de recuperación varía enormemente, desde unos instantes hasta meses.

Una vez que el cerebro se vuelve a acostumbrar a recibir señales nerviosas de los pies, la cara o el cuero cabelludo, se comporta como lo hace en las personas sanas: la percepción de estas áreas solo se despierta cuando ocurre algo importante en ellas, ya sea positivo, negativo o de otro tipo. Por ejemplo, una persona sana puede *no* fijarse en sus pies en el transcurso de su ajetreado día de trabajo frente a la computadora. Pero cuando está de vacaciones, puede concentrarse en la hermosa sensación de la arena caliente de la playa entre los dedos de los pies.

Algunos pacientes, sin darse cuenta de esto, se sentían preocupados porque habían tenido una percepción *constante y nueva* de los pies o la cara durante varias semanas en la fase de hormigueo de la recuperación, pero luego esta *desapareció*. Cuando dejaron de percibir los dedos de los pies o el cuero cabelludo todo el tiempo, supusieron que el Parkinson había vuelto. Y no era así. *No* notar sensaciones en las diferentes partes del cuerpo en todo momento es *normal*. Las personas sanas, *a veces*, notan sus pies y, a veces, *no*.

Curación asimétrica

Si bien presento este tema aquí, en la sección de recuperación del entumecimiento, es pertinente a todos los temas de la recuperación.

Muchos pacientes notaron que la recuperación del entumecimiento o la rigidez se producía *primero* en el lado *más sano* del cuerpo, donde los síntomas eran menos pronunciados.

Si los síntomas de la EP habían comenzado en el lado izquierdo, los síntomas de recuperación podían aparecer primero en el lado *derecho*. Parecía como si, cuando el Qi de los canales empezaba a fluir de forma correcta y el cuerpo empezaba a curar todas las partes dañadas, las *menos* dañadas solían curarse primero. Los síntomas de recuperación en el lado más dañado del cuerpo solían ser más graves y tardaban más en curarse. A veces, el lado más sano del cuerpo recuperaba por completo la salud y la energía antes de que el lado en el que los síntomas aparecieron primero empezara siquiera a experimentar los dolores, el

calor, el hormigueo y el nuevo movimiento que indicaban el retorno de la circulación y la función.

A veces, los pacientes se alarmaban porque su "lado saludable" sentía hormigueos o quería moverse por sí solo. Suponían, erróneamente, que su enfermedad de Parkinson se había extendido al lado sano. Teniendo en cuenta que los síntomas de recuperación son opuestos a los síntomas de Parkinson, este miedo me parecía ilógico. No obstante, aún no comprendía que, además de la cautela inherente al modo de pausa, algunos pacientes habían desarrollado hábitos cerebrales que se centraban más en anticipar *problemas* que en anticipar salud o alegría.

Los placeres de la recuperación… o los disgustos

Tanto si los síntomas de recuperación se sentían como hormigas o arañas, o como una percepción repentina de la dureza y la rigidez, a mis pacientes les encantaban los *resultados* finales de estos síntomas de recuperación: el retorno de la sensación y la función. Incluso en los comienzos del proyecto, cuando apenas podíamos atrevernos a creer que habíamos encontrado un tratamiento eficaz para el Parkinson, los pioneros estaban encantados con las mejoras en la cara y los pies. También se sorprendían cuando comenzaban a *sentir* en toda su extensión los síntomas de la EP y, luego, experimentaban su desaparición.

Por lo general, los familiares también se emocionaban al ver el retorno de la expresión facial completa.

Algunos pacientes se enojaban cuando les decían que ahora se movían o se veían mejor. Los cumplidos de apoyo de amigos y seres queridos se interpretaban como críticas a la forma en que la persona se movía o se veía en el pasado.

Recuerdo que un paciente en recuperación insistía en que nunca había tenido falta de expresión facial; afirmaba que se había abstenido *conscientemente* de mostrar "sonrisas estúpidas". Afirmaba que estaba imitando a los reservados monjes budistas con los que había estudiado un breve tiempo, en su época universitaria. Su rostro había expresado "reserva" emocional; *nunca* se había congelado.

Su esposa y yo no discutíamos con él. No se podía. Aunque era un brillante profesor de sociología, tenía las habilidades sociales de un niño de 3 años, incluidas la terquedad y las rabietas. Era totalmente incapaz de aceptar la idea de que alguna vez hubiera sido imperfecto, sobre todo en lo que se refería a la expresión de su rostro.

Pero el hecho era que, durante los últimos 10 años, los amigos de su mujer cada vez le tenían más miedo porque siempre parecía que los miraba con desaprobación (él no tenía amigos). Después de que recuperara la función muscular en la cara, le volvió a sonreír a la gente, aunque seguía mostrando un aspecto leve y agradable de untuosa "reserva". Sus amigos se alegraron de que por fin les estuviera "tomando cariño", de que se hubiera vuelto "amable". En realidad, su *comportamiento* era el mismo. Según su percepción, seguía dirigiendo a los amigos de su esposa la misma mirada calculada de sabiduría benevolente. Así que cuando alguno de nosotros expresaba su alegría por su nueva sonrisa, se enojaba, incluso se ponía agresivo.

Era muy inteligente e ingenioso. En los primeros días de tratamiento, me había dado cuenta de que, cuando contaba chistes, su expresión facial jamás cambiaba. A medida que se recuperaba, las cejas, las mejillas, la nariz y la boca se movían con expresión cuando contaba sus chistes y ocurrencias.

Cuando recuperó por completo la sensibilidad y la capacidad de movimiento, lo único que no cambió fue su incapacidad para admitir que alguna vez había tenido la cara congelada o que había sido imperfecto en algún aspecto.

Según mi experiencia, sus graves comportamientos de TOC, incluida su frenética germofobia, y su terquedad y rabietas eran *algo* inusual. En general, mis pacientes con EP *tendían* a ser complacientes con la gente: tenían cuidado de no mostrar emociones antagónicas y de evitar que la ira surgiera en quienes los rodeaban, los rasgos característicos de evitación del daño emocional de la personalidad parkinsoniana "clásica".

Mayor percepción de la rigidez y otros síntomas de la EP

A menudo, junto con el cese del entumecimiento aumentaba la *percepción* de la rigidez en otras partes del cuerpo. Es probable que esta rigidez haya estado presente todo el tiempo, pero no se había sentido nunca antes. Por ejemplo, muchos pacientes no se habían dado cuenta de que las muñecas o los tobillos habían estado teniendo un movimiento de rueda dentada hasta que su médico se los señaló. No podían *sentir* muy bien la muñeca o el tobillo (estaban entumecidos), por lo que no se daban cuenta de hasta qué punto estaban rígidos.

Mientras se recuperaban, debido a la mejora de la circulación y al retorno simultáneo de la sensibilidad nerviosa, muchos pacientes empezaron a notar que sus cuerpos estaban mucho más rígidos de lo que habían imaginado. Como dijo una persona: "Siento más los pies y camino mejor y más rápido, ¡pero jamás me había dado cuenta de que las piernas estuvieran tan pesadas y rígidas!"

Otro paciente dijo: "Creo que estoy empeorando. Tengo una cojera". De hecho, según su esposo, ella había estado cojeando mucho antes de que comenzara a recuperarse. Cuando su esposo se lo marcó, se acordó de que, durante décadas, había *escuchado* cómo cojeaba, pero nunca lo había *sentido*. *Sintió* la cojera por primera vez cuando empezó a calmar el entumecimiento de los pies.

Nadie tiene una bola de cristal

Muchos pacientes, antes de entrar en el programa, insistían en que sabían exactamente cómo serían sus síntomas de recuperación. Desde luego, es imposible adivinarlo, y ni siquiera lo he intentado. No hay manera de predecir quién experimentará qué durante la recuperación. Algunos pacientes estaban *muy* disconformes con esta falta de previsibilidad.

Los síntomas de la *recuperación* del Parkinson parecen ser tan variables como los propios síntomas del Parkinson: no hay dos pacientes que tengan el mismo conjunto de síntomas de EP, el mismo plazo de desarrollo de los síntomas de EP *o* la misma mentalidad.

En retrospectiva, la actitud parece ser la mejor forma de predecir si los síntomas de recuperación serán fascinantes u horrorosos. Una actitud de curiosidad y gratitud permite que una persona vea sus síntomas de recuperación como maravillas, milagros, una señal de la recuperación de una enfermedad "incurable". En cuanto al "dolor", los pacientes que se sentían *más seguros* notaban más las *sensaciones* que los *dolores*. Por el contrario, los que estaban en recuperación parcial, que tendían a ser más cautelosos, temerosos o negativos, a menudo, los síntomas de recuperación les resultaban inquietantes, dolorosos y/o una causa de ansiedad. Los extremadamente cautelosos, que estaban atascados en la recuperación

parcial, ni siquiera podían *considerar* que los síntomas de recuperación pudieran ser signos de *mejoría*, y mucho menos de recuperación.

La *mayoría* de las personas que habían tenido EP tipo I habían dejado de lado la mentalidad cautelosa después de desactivar el modo de pausa para siempre. Pero unos pocos se veían tentados todo el tiempo a volver al pensamiento negativo, o incluso a volver al modo de pausa completa, con una reanudación de sus síntomas de Parkinson, en respuesta a los síntomas de recuperación.

La variabilidad de los síntomas de recuperación

Como ya se ha señalado, no se observó ningún patrón claro en los síntomas de recuperación. Algunos pacientes incluso recuperaron la sensibilidad total *sin* experimentar hormigueo o cosquilleo.

Por ejemplo, una paciente recibió tratamiento para el pie no curado durante casi un año. Una vez que se curó, durante los meses siguientes, experimentó "hormigueo" en los pies y la cara, y luego recuperó la sensibilidad en ellos. Regresó su expresión facial. Los ejercicios en el gimnasio la ayudaron a recuperar la amplitud de movimiento en los brazos. Sin embargo, seguía sintiendo molestias en la rodilla y la cadera izquierdas y aún experimentaba temblores. Le pedí que iniciara un tratamiento con pastillas homeopáticas (*Arnica montana*). Como comentario al margen, fue la única paciente a la que le recomendé medicamentos homeopáticos. No sé si esto marcó la diferencia o no. Este medicamento homeopático en concreto tiene fama de acelerar la curación de las lesiones llamando la atención sobre ellas. Después de tomar una dosis *extremadamente* baja (y, por lo tanto, más sutil y más potente) de árnica durante un mes *y* de seguir recibiendo sesiones semanales de una hora de Yin Tui Na en la rodilla y en la parte superior de la pierna, de repente, apareció un grupo de hematomas a ambos lados de la rodilla izquierda, en el muslo izquierdo y en el *antebrazo* izquierdo. Estos hematomas coincidían con la lesión que había sufrido a los 7 años, cuando metió el pie en los rayos de la rueda de la bicicleta y se esguinzó la rodilla. A las 2 semanas, desaparecieron. Tres semanas más tarde, anunció: "¡Puedo sentir las uñas! ¡Son como campanillas de viento!"

¿Campanillas de viento? Nunca antes había utilizado frases poéticas. Antes de recuperarse por completo, la mayoría de mis pacientes con EP se sentían más cómodos y tenían más experiencia con el pensamiento analítico que con las metáforas o la poesía. Tuve que preguntarle a qué se refería. Me explicó: "Puedo sentir el peso liviano de las uñas. Puedo sentir las yemas de los dedos. Es como si tuviera diez pequeñas pesas en las puntas de las manos. Cuando muevo los dedos, *siento* que se mueven, que se agitan y hacen los ruiditos de una campanilla de viento".

Incluyo este ejemplo porque *nunca* sintió hormigueo ni cosquilleo en los *dedos* antes de recuperar la sensibilidad. Además, no hubo ninguna secuencia específica de acontecimientos que nos hiciera prever que recuperaría la sensibilidad en las yemas de los dedos tras descubrir y curar una lesión en la *rodilla*. Y ella *jamás* había sospechado que tenía las yemas de los dedos entumecidas. Esto fue antes de que descubriera que una lesión en el pie o en la pierna podía acabar provocando el uso de esquemas de pausa *en todo el cuerpo*.

En pausa, el Qi de los canales está ausente en el dorso de la mano, en especial, en el área del pulgar y el índice. El Qi de los canales de tipo pausa, que fluye *en retroceso* y desciende desde el hombro, puede fluir *fuera* del brazo, hacia el espacio, a la altura de la

muñeca. Cuando la pausa se desactivó tras la curación de su lesión en la rodilla, el flujo normal del Qi y la conciencia somática regresaron a las manos. Aunque había sentido muchas hormigas en los dedos de los pies, la cara y el cuero cabelludo, *nunca* había experimentado hormigueo en los dedos. Y lo que tal vez es más importante, su mente de repente era capaz de pensar en imágenes encantadoras (imágenes del modo parasimpático).

Otra dulce observación relacionada con el modo parasimpático de un paciente que recuperó la propiocepción y la sensibilidad en las manos, aunque, antes de la recuperación, había insistido en que no tenía las manos entumecidas, fue: "¡Mis dedos tienen ojos otra vez! Antes se me perdían entre las mangas porque no veía por dónde iban. Ahora puedo ver dónde están los dedos, ¡incluso cuando están dentro de la manga!"

Muchas personas *no* tenían síntomas de hormigueo o cosquilleo en las áreas que habían estado entumecidas. Como en el caso de la comparación de las uñas con campanillas de viento, muchas personas pasaron directamente de la falta de percepción a la intensificación de la sensibilidad, sin hormigueo ni dolor.

Un ejemplo de variabilidad: un caso aislado

En mi experiencia, solo una paciente desarrolló parosmia, un trastorno en el que *todos* los olores se perciben como fétidos y desagradables. Cuando se curó su lesión en el pie, pero seguía utilizando la pausa autoinducida, desarrolló parosmia.

En respuesta a la terapia Yin Tui Na en los pies, esta paciente se recuperó de forma parcial. Pronto volvió a percibir los olores. Cada día, la atacaba el primer olor que sentía. Durante horas, no podía deshacerse del hedor de ese olor en particular, y cuando por fin desaparecía, lo reemplazaba el siguiente olor, que se percibía con la misma nocividad.

Esta paciente era extremadamente desconfiada de la *buena fe* de todo el mundo, hasta el punto de la paranoia. Esto sucedió en los comienzos del Proyecto de recuperación del Parkinson, cuando todavía trabajábamos con pacientes medicados. Estaba tomando una gran cantidad de medicamentos antiparkinsonianos. Al mismo tiempo que su pie empezaba a curarse y aparecía la parosmia, sus respuestas a los medicamentos se volvieron violentas de un momento a otro. Durante varios días, intentó reducir los medicamentos, pero se dio cuenta de que se había vuelto adicta y empezó a *aumentarlos*. Abandonó el programa y nunca volví a saber de ella.

La parosmia es extremadamente rara. Se produce cuando una persona está muy atrincherada en el miedo. La "cura" es sentirse seguro. Cuando una persona está en modo parasimpático, suele tener una respuesta positiva o curiosa a olores inocuos. Según mi experiencia, el caso de parosmia fue único. La mayoría de las personas se alegraron *muchísimo* cuando sus sentidos del gusto y del olfato, que se encontraban disminuidos, volvieron a estar en su máxima potencia.

Dudas sobre sus propias experiencias

Describo algunas excepciones, así como las "reglas" generales, porque los pacientes necesitan saber que sean cuales sean sus propias experiencias personales, aunque *no* las mencione en este libro, *no* deben ser motivo de preocupación si encajan en el principio general de "lo opuesto al Parkinson". Menciono esto aquí y lo mencionaré varias veces porque muchos pacientes han insistido en evaluar su recuperación del Parkinson basándose en qué tanto coinciden sus propias experiencias de recuperación con las que he seleccionado para incluir en mi libro.

Si un lector no tiene EP, puede pensar que esto es ridículo: la forma de saber si el Parkinson está desapareciendo es verificar que los síntomas del Parkinson desaparezcan. Sin embargo, muchas personas con EP están tan desconectadas o temerosas de las sensaciones de su cuerpo que no tienen un conocimiento preciso de sus propios síntomas. Por lo tanto, no pueden reconocer cuándo sus síntomas están mejorando.

Del mismo modo que "una olla vigilada nunca hierve", un paciente que está obsesionado con un síntoma en particular puede *no* darse cuenta de que todos los demás síntomas, *excepto* el que está "vigilando", están desapareciendo. Por ejemplo, el mayor temor de un paciente con respecto al empeoramiento de su Parkinson era que, con el tiempo, *no* pudiera conducir su amado automóvil deportivo. Se recuperó por completo de todos los síntomas de EP excepto de uno: cuando tomaba la palanca de cambios de su automóvil, con el paso de los años, la mano se volvía cada vez más rígida e inmóvil. Todos los demás síntomas desaparecieron. La mano *nunca* se recuperó, sino que fue empeorando con el tiempo. Esto me parecía muy extraño, hasta que estuve dispuesta a considerar un componente psicológico.

Además, *muchos* pacientes que volvían a moverse con total normalidad se negaban a creer que se estaban recuperando del Parkinson, a menos que un médico se los dijera. Por supuesto, ningún médico jamás reconoció que un paciente mío se haya recuperado. Si se recuperaban era porque habían recibido un diagnóstico erróneo. Muchos que estaban entusiasmados con su recuperación de repente dudaban de sí mismos si su médico no se daba cuenta de que ya no tenían síntomas.

Una paciente, después de que todos sus síntomas de EP desaparecieran, deseaba con ansias ver a su neurólogo. Cuando entró en su consultorio, ni siquiera levantó la vista. Se quedó mirando su historia clínica y le preguntó: "¿Estás lista para que te aumente los medicamentos?".

Ella le respondió: "No estoy tomando ningún medicamento".

"Entonces, ¿quieres un aumento de tus medicamentos?", le dijo.

Ella repitió: "No estoy tomando ningún medicamento. Y mis síntomas han desaparecido".

Finalmente, levantó la vista y le dijo: "¿Así que *no* quieres un aumento de tus medicamentos? Bueno, entonces, si no tienes ninguna otra pregunta, te veré en seis meses".

Cuando vino a verme la semana siguiente, estaba muy molesta. Pensó que se estaba volviendo loca. Me preguntó si alguna vez había tenido síntomas y si ya habían desaparecido. Le aseguré que había tenido síntomas y que habían desaparecido. También había tenido síntomas de recuperación.

"¿Entonces por qué mi neurólogo no se dio cuenta? ¡Debo estar loca! ¡Probablemente nunca tuve la enfermedad de Parkinson! ¡O tal vez todavía la tengo! ¿Por qué el neurólogo ni siquiera me *miró*? ¡¿Qué me pasa?!" Estaba muy alterada y dudaba de todo lo que había sucedido en los seis meses anteriores.

Realmente llegué a ofenderme con los neurólogos. Muchos pacientes estaban muy interesados en sorprender a sus neurólogos con sus excelentes noticias. Soñaban con el día en que el neurólogo respondiera con asombro. Ese día nunca llegó. Empecé a advertirles a los pacientes de que podría ser una mala idea acudir a sus antiguos neurólogos. Si estaban decididos a que un neurólogo les confirmara que se habían recuperado, sería mejor que acudieran a un médico nuevo, que le explicaran cuáles eran sus síntomas y que le comentaran que habían desaparecido tras el tratamiento. También advertí a los pacientes

que, si seguían por este camino, podrían terminar calificándolos como "psicóticos" o "neuróticos" en sus historias clínicas Y fue lo que les terminó pasando a muchos pacientes. Una paciente incluso vio que el médico del prestigioso Instituto del Parkinson había añadido a su historia clínica: "No sé por qué esta paciente fingió tener enfermedad de Parkinson durante 6 años; probablemente para drogarse con los medicamentos".

Esto me indignó. Obtuve el permiso por escrito de la paciente para obtener una copia de su historia clínica del Instituto y lo envié. En respuesta, el Instituto me envió una carta que decía que se había perdido su historia clínica.

Al cabo de 5 años, empecé a entender por qué era tan importante la aprobación del médico. Muchos pacientes habían sido ajenos a cómo se *sentían* sus cuerpos; confiaban en el análisis visual de sus movimientos *o* en las proclamas de sus médicos para evaluar cómo estaban. Incluso después de recuperarse, a menudo, no confiaban en las nuevas *sensaciones* que provocaban los cambios que se estaban produciendo en sus cuerpos durante la recuperación. Las nuevas sensaciones somáticas que confirmaban que se estaban produciendo cambios y que sus síntomas de Parkinson estaban disminuyendo eran demasiado extrañas y nuevas como para confiar en ellas en relación con un síndrome que el médico había detectado originalmente o, al menos, nombrado. Para poder aceptar la idea de que los síntomas del Parkinson habían desaparecido, necesitaban la confirmación de un médico, algo que no iba a suceder. Seguro recuerdan en el capítulo dos, p. 22, la nota al pie de página sobre cómo los médicos están entrenados para no aceptar la posibilidad de curación en el caso de las "enfermedades incurables".

En resumen, la mejora de la circulación y el retorno gradual de la conciencia somática y sensorial eran, a menudo, algunos de los primeros síntomas de recuperación. En ese momento, podían ser desagradables o distraer un poco. Muchas veces, eran los primeros pasos en el camino hacia la curación del cuerpo. Los dos capítulos siguientes no tratan sobre los síntomas de recuperación en sí, sino que proporcionan ayuda a las personas que no tienen ni idea de cómo afrontar la nueva percepción de las sensaciones en su cuerpo, el dolor necesario de la reasociación con una lesión antigua aún no curada y la repentina percepción del dolor de lesiones graves antiguas que no tienen nada que ver con el Parkinson, pero que han permanecido latentes, sin causar dolor, durante los años de pausa.

Capítulo veintitrés

Síntomas de recuperación: lesiones antiguas

Durante la recuperación del Parkinson, muchas personas descubren que les empieza a doler alguna parte del cuerpo de una forma que no habían sentido antes. Muy a menudo, se trata de una lesión antigua. Según mi experiencia, estas lesiones antiguas suelen estar en el cuello, los hombros o la cadera, pero podrían estar en cualquier parte del cuerpo. Si la lesión *no* está en el canal del estómago o en el canal Du, no estaba contribuyendo de manera directa a los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

En mi experiencia, la mayoría de la gente supone que el nuevo dolor es un síntoma de la enfermedad de Parkinson. Por lo general, no lo es. Cuando el cuerpo desactiva el modo de pausa, puede llegar a sentirse el dolor de lesiones antiguas sin curar. Incluso si apenas se sentían, si es que se sentían, cuando la pausa estaba activada, pueden llegar a ser bastante dolorosas cuando se desactiva el modo de pausa, un modo en el que se reprimen muchos tipos de dolor.

A medida que el nuevo dolor se hace notar, y el cuerpo se pone rígido a su alrededor, cojea, o se comporta como si favoreciera (protegiera) la extremidad o articulación dolorida, y puede que incluso exhiba temblores por el dolor o la inhibición muscular, la persona, a menudo, decide que el Parkinson ha vuelto o que la recuperación se ha estancado.

Un ejemplo

Un paciente que nunca había tenido temblores y se estaba recuperando bien del Parkinson se encontró con un empeoramiento del dolor y la debilidad, y temblores en el brazo izquierdo cuando estaba estresado. Supuso que se trataba de nuevos síntomas de la enfermedad de Parkinson y que, después de todo, no se estaba recuperando, aunque sus otros síntomas habían desaparecido y era un hombre nuevo, capaz de llorar y reír por primera vez en años.

Sin embargo, en función de todos sus síntomas de recuperación, incluida la creciente fluidez de movimientos y los cambios emocionales que acompañan a la recuperación, sospeché que tenía una lesión antigua en el cuello que le estaba afectando el hombro y el brazo izquierdos. Le hicieron una gammagrafía del cuello y, efectivamente, tenía un desplazamiento grave en la 5.ª vértebra.

Un desplazamiento en la 5.ª o 6.ª vértebra puede causar dolor en el hombro, debilidad y/o dolor en el brazo e incluso temblores cuando se intenta mover el brazo de una forma que requiere el uso de los músculos inhibidos. Este patrón patológico no tiene nada que ver con el Parkinson. Pero como había tenido Parkinson, el paciente supuso automáticamente que los nuevos problemas en el brazo y el hombro eran una manifestación de la EP.

Terminó trabajando con fisioterapeutas y un médico osteópata para resolver la lesión antigua en el cuello, que no estaba relacionada en modo alguno con la enfermedad de Parkinson. Como era de esperar, la lesión en el cuello respondió al tratamiento y el dolor en el hombro y el brazo fue calmando poco a poco.

A veces, las otras lesiones no relacionadas con la enfermedad de Parkinson aparecían al mismo tiempo que una lesión antigua en el pie o el tobillo que causaba la

enfermedad de Parkinson y empezaban a mostrar signos de hematomas e hinchazón en respuesta a la terapia Yin Tui Na, que volvía a asociar la mente y la lesión. Otras veces, las otras lesiones aparecían semanas, meses e incluso años después de que se curara la lesión en el pie.

Algunas personas recordaban el incidente que había causado la otra lesión no relacionada con la EP. Me decían cosas como: "Seguro que este dolor de cadera se remonta a cuando me caí dos pisos y aterricé sobre la cadera; sonó como si me hubiera roto un hueso, pero *nunca sentí dolor*". Y "¡Ah, sí! Hace 8 años, cuando estaba moviendo la estufa yo sola, pensé que me había torcido algo en el cuello y oí como si algo hubiera estallado, y desde entonces la ropa me queda torcida en el escote, *pero nunca me ha dolido*".

Otras personas no tenían ni idea de cómo se habían desplazado tanto las articulaciones de los huesos o los tejidos blandos. De cualquier manera, después de desactivar la pausa, estas lesiones reprimidas causaban mucho dolor, pero *no* formaban parte de un problema relacionado con la EP. Eran solo lesiones. Sin embargo, en una persona que se ha acostumbrado a lidiar con la negatividad y el dolor valiéndose del modo de pausa, el dolor de las lesiones descubiertas podría hacer que se reinstituyera el modo de pausa. En estos casos, el Parkinson *regresó*.

He visto este tipo de situación en muchos, tal vez en la mayoría, de los pacientes con EP tipo I.

A medida que las personas comienzan a recuperarse y su relativa incapacidad para sentir realmente el dolor comienza a disminuir, se vuelven más conscientes del dolor en alguna parte del cuerpo. Puede que este no tenga nada que ver con una lesión que causó la EP. Pero la *respuesta* al dolor es suponer que el Parkinson ha reaparecido.

Para complicar aún más las cosas, una persona que ha utilizado la pausa autoinducida en el pasado podría, por costumbre, volver a activarla para hacerle frente al alto nivel de dolor de la lesión ignorada durante tanto tiempo, una lesión que por fin se está sintiendo y que está causando debilidad e incluso temblores. Una lesión importante puede causar todos estos síntomas, tenga o no Parkinson la persona.

Distonía

La palabra distonía aparece, a menudo, en los debates sobre el Parkinson. *Literalmente*, esta palabra se refiere a un tono muscular incorrecto: demasiado flácido o demasiado firme. En la EP, el término suele significar "demasiado tenso". Debido a lesiones no tratadas, como desplazamientos óseos y de tejidos blandos, muchas personas con Parkinson tienen mucha tensión en uno o más grupos musculares, lo que provoca que una extremidad o el cuello estén inclinados hacia un lado.

Las distonías *no* guardan una relación directa con el modo de pausa. Suelen ser el resultado de una lesión sin curar en el pie, la pierna, la cadera, la mano, el brazo, el hombro, el cuello o la columna vertebral. Los tejidos desplazados pueden provocar un desequilibrio de los músculos próximos a la lesión. Este desequilibrio del tono muscular puede hacer que las partes del cuerpo ejerzan fuerza de forma asimétrica. El desequilibrio muscular resultante en varias partes del cuerpo puede causar dolor.

Por ejemplo, una lesión sin curar en la cadera derecha puede hacer que la pierna derecha ejerza fuerza hacia un lado u otro. Esto puede provocar un tirón compensatorio en el hombro izquierdo. A su vez, esto podría causar tensión y un fuerte dolor en el cuello, aunque el origen de la distonía esté en la cadera. Un buen instructor de trabajo corporal será

capaz de rastrear el origen de este tipo de problemas y resolverlos. Uno mediocre probablemente no lo logre.

Todas las personas pueden desarrollar distonía en alguna parte del cuerpo como respuesta a lesiones sin curar. Muy a menudo, la gravedad de una distonía empeora con el tiempo. El dolor puede ser más intenso por momentos si la persona también experimenta fatiga o pensamientos negativos. Esto no tiene nada que ver con el hecho de si una persona tiene o no la enfermedad de Parkinson. Las distonías *no* sirven para diagnosticar Parkinson. Sin embargo, debido a que las personas con Parkinson muy a menudo tienen lesiones significativas que han permanecido sin curarse durante mucho tiempo, las distonías son frecuentes en estos pacientes.

Cuando una persona empieza a recuperarse del Parkinson, sus músculos se fortalecen y se vuelve más consciente del dolor. Esto significa que el tirón muscular asimétrico de la distonía podría empeorar y el dolor podría hacerse más fuerte. No significa que el Parkinson haya reaparecido. Quiere decir que una persona debe solicitar ayuda profesional para los desplazamientos estructurales (articulación ósea) y de los tejidos blandos. La persona debería haberlo hecho en el momento de la lesión, pero si estaba en pausa o disociada de la lesión, podría no haberle dolido mucho y haberla ignorado intencionadamente o tal vez ni siquiera haberse dado cuenta.

Busquen ayuda

Si, después de desactivar la pausa, aparece un nuevo dolor o empeora un dolor crónico, e incluso reaparecen algunos síntomas de EP debido a la forma habitual que tienen de afrontar el dolor y el estrés (entrar en modo de pausa), consideren la posibilidad de acudir a un quiropráctico, fisioterapeuta, médico osteópata, terapeuta craneosacral o cualquier otro tipo de profesional que pueda tratar ese dolor.

Es posible que les vaya mejor si no mencionan las palabras “enfermedad de Parkinson”. Si las mencionan, lo más probable es que el terapeuta suponga que el dolor se debe al Parkinson e intente explicarles por qué no puede ayudarlos, o les sugiera que empiecen a tomar L-dopa, aceite de CBD u otros tratamientos inadecuados.

Si mencionan la idea de *recuperarse* del Parkinson, pensará que son unos tontos, además de lo anterior.

Si tienen temblores, pueden mirar al terapeuta directamente a los ojos y mentirle: “He visto a mi médico y me ha dicho que no es Parkinson. Me dijo que tengo temblor hereditario o un temblor por pinzamiento de un nervio”.

Si le dicen esto, el terapeuta estará más dispuesto a hacer las exploraciones radiológicas, si son necesarias, o al menos a intentar averiguar cuál es el problema y ponerse a trabajar para solucionarlo.

Capítulo veinticuatro

Síntomas de recuperación: procesamiento del dolor

Algunas personas nunca han aprendido formas saludables de hacerle frente al dolor. A medida que mis pacientes con EP desactivaban la pausa o se curaban de lesiones que causaban un flujo del Qi de los canales de tipo pausa, a menudo, experimentaban los dolores reprimidos durante mucho tiempo de lesiones disociadas o los dolores de traumas emocionales reprimidos. Muchas veces, les desconcertaba el concepto de *afrontar* el dolor, en lugar de disociarse de él.

Me entristeció saber que muchos de mis pacientes con Parkinson no tenían ni la menor idea de cómo se supone que una persona debe hacerle frente al dolor. Algunos de los pioneros incluso llamaron al teléfono fijo de mi casa en mitad de la noche cuando empezaron a experimentar sensaciones que nunca antes habían sentido. Uno de ellos, a las 2 de la madrugada, me dijo apenas atendí: "*Sé* que querrás oír esto de inmediato. ¡Me duele donde me quebré el pie cuando estaba en la secundaria! ¡¡¡¿Qué debo hacer?!!! ". Pronto di de baja el número de teléfono fijo.

Pero entendí *por qué* me pedían ayuda. Estaban desconcertados o, a veces, aterrorizados por una nueva sensación, que había aparecido al desactivar la pausa o la disociación. Cuando surgían estas nuevas sensaciones, los pacientes sabían que no debían disociarse del dolor ni entumecerse. Pero *jamás* habían afrontado el dolor de otra forma. Cuando los pacientes experimentaban el dolor de lesiones olvidadas y sin curar, como huesos aún rotos, a menudo, se ponían frenéticos y decían cosas como: "¡Siento el pie! Lo *siento*. ¡Me *duele*! ¿Qué debo *hacer*?".

Muchos de mis pacientes con Parkinson supusieron erróneamente que la curación de una lesión disociada y/o la restauración de un flujo del Qi saludable sería agradable. El resultado *final es* bastante agradable. Pero muchos pacientes, después de volver a asociarse con una parte del cuerpo lesionada, experimentaron el dolor de la lesión reprimido durante mucho tiempo. Las sensaciones podían ser desagradables, o incluso aterradoras.

En el libro *Yin Tui Na: Hands-on Therapy for Traumatic Injury*, se enseña la técnica de liberación espontánea y sin esfuerzo (Forceless, Spontaneous-Release, FSR). Se trata de un tipo específico de Yin Tui Na que recomiendo para pacientes con Parkinson. "Yin Tui Na" es un término general que abarca cualquier tipo de terapia manual que sea sutil, lenta y de sujeción, a diferencia de la manipulación física evidente (*Yang* Tui Na). La técnica de FSR *y* la mayoría de las otras técnicas de masaje de toque ligero tienden a funcionar de la misma manera: animan a la consciencia e incluso al subconsciente de una persona a que vuelvan a experimentar una lesión ignorada durante mucho tiempo e iniciar así la curación. Cuando la mente decide reconocer una lesión ignorada, pueden aparecer los síntomas no expresados y latentes de la lesión, los cuales pueden incluir moretones, sensibilidad, dolor, hinchazón y sensación de calor. Si la lesión de un paciente había sido tan solo una luxación o un esguince, el dolor reavivado no era necesariamente intenso. Si la lesión reavivada era una fractura ósea, a veces, el dolor era considerable.

Muchos pacientes en recuperación que podrían haber sido capaces de ayudar a cuidar a *otras* personas que sufrían dolor, a menudo, no tenían ni idea de cómo cuidarse *a*

sí mismos cuando sufrían una lesión. Terminé enseñándoles a muchos de ellos las habilidades físicas y emocionales de autoconsuelo y apoyo que deberían haber adquirido de niños. También intenté, aunque no siempre tuve éxito, convencer a algunos de que estaba bien pedir ayuda a los demás.

Cómo hacerle frente al dolor

Lo adecuado, incluso si la lesión real se produjo hace décadas, es tratar la lesión recién descubierta de la forma en que debería haberse tratado cuando se originó. Usen el sentido común. Si el pie, el tobillo o la parte del cuerpo que sea finalmente empieza a *doler* unas horas, días o semanas después de recibir tratamientos de FSR, *préstenle atención* al área lesionada. Si es el pie, cojeen un poco. Si el área les pica, rásquense. Si quieren frotarse, háganlo. Muy a menudo, una parte del cuerpo lesionada agradecerá la sujeción de una banda adhesiva Ace (elástica). Pónganse a llorar. Tómense una aspirina o algún otro analgésico suave de venta libre. Escuchen al cuerpo y denle lo que les pide. *No* sean estoicos.

Traten a su lesión "reciente" como tratarían una lesión nueva de un hijo amado. Trátenla como si *ustedes* fueran ese hijo amado, pidan ayuda. O hagan reposo en la cama, llamen al trabajo para decir que están enfermos o dense un baño caliente relajante. ¡Mímense! Cancelen esa reunión y quédense en casa leyendo un libro. Tal vez quieran colocarse una banda adhesiva.

En el raro caso de que les parezca que tienen un hueso roto, no sean estoicos y oblíguense a caminar con el pie quebrado. Enyésenlo o, al menos, inmovilícenlo. Usen muletas durante el tiempo que sea necesario o incluso quédense en casa y recuéstense en el sofá unos días. Dejen atrás el estoicismo.

En el capítulo cinco del libro *Yin Tui Na*, se comparten varios métodos para tratar el dolor de las lesiones físicas que aceleran la curación. Este libro puede descargarse gratis en PDrecovery.org.

Por favor, *no* tomen medicamentos fuertes de venta con receta que los ayuden a dormir o tolerar el dolor reavivado. El efecto rebote de muchos de estos medicamentos puede inhibir la función del mesencéfalo. Algunos pueden causar daño cerebral a largo plazo o duradero.

Consuelen al bebé

En una familia sana, cuando un bebé llora, algún adulto lo toma en brazos y lo sostiene sobre el lado izquierdo del pecho. El Qi del pericardio del bebé está disperso, lo que le causa angustia. Esto puede deberse al hambre, el dolor, el miedo o la confusión. Cuando una persona está alterada, el flujo del Qi del pericardio se altera o se dispersa.

Cuando se sostiene al bebé cerca del pericardio de un adulto relajado, en el lado izquierdo del pecho, las corrientes del pericardio del bebé se sincronizan con las del adulto. Las *pequeñas* corrientes del pericardio del bebé comenzarán a resonar con las corrientes del pericardio mucho *más grandes* del adulto. Si el adulto está relajado, es muy probable que el bebé también lo esté, siempre y cuando no sienta dolor físico. El cerebro del bebé interpreta las señales del pericardio, que ahora está relajado, como un mensaje de que todo está bien. El bebé se siente mejor.

A medida que crece, el bebé puede gritar o correr hacia un adulto cuando está angustiado.

Entre los 6 y los 11 años, un niño debe aprender a calmarse *a sí mismo* cuando está angustiado o siente dolor.

Técnicamente, cuando una persona se calma a sí misma, reinstaura de forma intencional las señales del pericardio que asocia con sentirse segura y bien. Puede respirar profundo para calmarse, ya que esto ayuda a restablecer la función del modo parasimpático. Puede implementar otras técnicas físicas o mentales para volver a estabilizar el pericardio.

Lo ideal es que el niño aprenda a restablecer las señales desestabilizadas del pericardio antes de la adolescencia. Los fuertes cambios de humor de la adolescencia pueden abrumar a una persona que aún no ha aprendido cómo debe sentirse su corazón cuando está en calma, y cómo restaurar esa calma si se angustia.

Cualquiera que haya sentido *alguna vez* la "calma" tiene un recuerdo en su cerebro de cómo se siente. Es un sentimiento de amor que podemos invocar con la mente, a menos que nos hayamos ordenado no hacerlo. Podemos utilizar este sentimiento para envolver el corazón y devolverle la estabilidad. Podemos aprender a instaurar ese sentimiento alrededor del corazón cada vez que lo necesitemos, cada vez que estemos agitados o con dolor. A medida que restablecemos y mantenemos conscientemente esa sensación de calma, o lo que también podríamos llamar una sensación de "bondad", "alma" o "algo dentro", el cerebro es capaz de apagar sus señales de "alerta roja", que se activan por el dolor o el miedo y están acompañadas de inmediato de malestar en el pericardio. Cuando las señales de alerta roja se apagan, los impulsos nerviosos al cerebro que el dolor causa dejan de registrarse en el cerebro como un "peligro". Se convierten en indicaciones de apenas una "sensación", en lugar de un peligro potencial. A partir de aquí, el cuerpo o los pensamientos pueden abordar el problema de forma productiva.

En algunos casos de dolor físico, el contacto físico reconfortante con el área lesionada *y* la atención mental centrada en el área también ayudan a restaurar el flujo del Qi de los canales a un grado superior de modo parasimpático. La restauración del Qi de los canales al patrón de flujo del modo parasimpático ayuda a disminuir el patrón de estrés en el pericardio y permite que el cerebro avance con el procesamiento del trauma.

Métodos para calmarse a sí mismo

Además de respirar profundo para calmarse, sujetar el lugar que le duele y tal vez consolarse con una canción o su proverbio favorito, una persona puede restaurar rápidamente el estado de calma o paz en su pericardio y empezar a "procesar", a curarse, del dolor utilizando otros métodos más enfocados.

El método que aprende puede ser cultural. En China, se le puede enseñar a un niño a que preste atención al lugar que le duele y que lo llene de luz y de Qi. En otras culturas, el niño puede aprender a pedir consuelo a un tótem animal o a su santo favorito. Puede que le enseñen una canción, un canto o un himno tradicional que lo ayude a curarse. Puede que le enseñen a rezar a un anciano fallecido, a un espíritu guía, a un santo o a alguien que esté escuchando. Con suerte, antes de que el niño llegue a la adolescencia, habrá aprendido una o más formas de hacerle frente al dolor físico y emocional, *además* de acudir a sus padres.

Aprender a procesar el dolor debería ser una parte normal del crecimiento. Como dijo el poeta John Keats: "¿No ves qué tan necesario es ese mundo de dolores y problemas para educar la inteligencia hasta convertirla en alma?".

Una vez más, el simple hecho de mantener la concentración en el área que rodea el corazón, y prestar atención a las sensaciones en esa área, puede, a veces, calmar las señales

eléctricas del pericardio. Si eso no ayuda lo suficiente, puede ser útil sujetar mental y/o físicamente el área del pericardio o el área lesionada. Llenar de luz cualquiera de las dos áreas puede calmar las señales de pánico del pericardio. Pedir ayuda mentalmente a quien se les ocurra mientras siguen concentrándose en el área que rodea el corazón o la lesión puede aportar un consuelo aún mayor. Si el dolor es grande, una persona puede pedirle abrazos a otra persona. Estos abrazos de una persona más tranquila funcionan igual que en un bebé. El contacto estrecho, pecho con pecho, puede ayudar a reestabilizar las señales caóticas en el pericardio de la parte lesionada.

Sea cual sea el método utilizado para calmar y consolar el pericardio o la lesión, las señales del pericardio deberían volver pronto a percibir que "todo está bien" en cuanto se estabilice el Qi caótico en las proximidades de la lesión. El cerebro nota que el pericardio ya está bien. Una vez que el pericardio está bien, el cerebro puede apagar la señal de alerta roja en el área que a veces llamo la "bandeja de entrada" del cerebro, el lugar donde se almacena la información nueva y sin procesar. "Procesar el dolor" implica *sacar* la información de la "bandeja de entrada" del cerebro, *hacerle frente* a la situación que creó el dolor y trasladar la percepción mental del dolor a las áreas del cerebro que se encargan de la curación o recopilan la historia.

En los Estados Unidos, en la actualidad, a muchos niños no se les enseña *ningún* método para hacerle frente al dolor físico o emocional. A algunos niños se les deja que lo descubran por sí solos. Algunos lo hacen bien. Otros no. Si aprenden a hacerle frente al dolor disociándose o activando el modo de pausa, es posible que no sepan qué hacer cuando finalmente vuelvan a asociarse con el dolor, ya sea físico o emocional.

Ejemplo de una técnica para controlar el dolor

Un método para hacerle frente al dolor propio consiste en prestar atención a cómo se siente el corazón (pericardio) cuando uno está contento o alegre. Se puede aprender a restablecer de forma consciente la sensación de calma, alegría o amor en el pecho cada vez que el pericardio empiece a sentir angustia. Las personas con EP tipo I no suelen estar familiarizadas con esta habilidad humana básica, por lo que deben aprenderla con la práctica.

Una vez que una persona ha aprendido cómo se *siente* el corazón cuando está lleno de amor o alegría, si/cuando siente dolor, puede hacer lo siguiente:

1) Prestar mucha atención al lugar donde se manifiesta el dolor. Percibir exactamente cómo se *siente*.

2) Invocar la sensación de un corazón alegre.

3) Imaginar mentalmente que el *tamaño* del corazón alegre es mayor que el área física afectada por el dolor.

4) Instaurar con la mente la sensación del corazón sobre el lugar del dolor físico y a su alrededor. Dejar las dos sensaciones juntas. Intentar sentir al mismo tiempo *ambas* sensaciones, el dolor *y* la sensación de calma en el corazón. Con el tiempo, si se logra que la sensación del corazón sea *mayor* que la sensación de dolor, el área donde se sentía dolor empezará a resonar con la sensación del corazón. Las señales de dolor se convertirán en simples sensaciones, y dejarán de provocar miedo.

Como solía decir la gran yogui Sri Daya Mata (1914-2010): "En este mundo, tu amor debe ser mayor que tu dolor". Interpreten esta frase de forma literal, no metafórica. Las frecuencias generadas por el pericardio cuando sienten alegría pueden resonar y alterar

las percepciones del dolor, lo que permite que las señales de dolor se apaguen y, por consiguiente, que la lesión se procese y se cure. Una vez procesada, la lesión queda en el pasado, es un evento del que pueden aprender, pero que ya no les genera dolor.

Debido a que este concepto es *tan* extraño para *muchos* de mis pacientes con EP, lo repito: a medida que el dolor se evalúa y alivia, o comienza a resonar con un pericardio calmado, la interpretación cerebral de las señales de dolor se alejará de la parte del cerebro que percibe las señales como "¡Oh no! ¡Dolor y miedo!" y trasladará la experiencia a las áreas cerebrales que pueden ayudar con la curación.

Una vez iniciado el trabajo de curación, es posible que el área lesionada se siga registrando como "muy sensible" hasta que se complete la curación. Eso es bueno y saludable. Ayuda a que seamos conscientes y cuidadosos del área debilitada mientras se cura. Sin embargo, el evento ya no puede desencadenar el tipo de respuesta *angustiante* de dolor que inquieta al pericardio y provoca miedo. El dolor se ha vuelto neutro, es decir, el dolor persistente, si está presente, se convierte en un recordatorio mental de que hay que tener *cuidado* con el área lesionada hasta que se cure, pero ya no genera una respuesta de miedo que perturba el pericardio.

La curación completa no ocurre mientras una persona está en un grado alto de miedo. La mayor parte de la curación, y desde luego la curación profunda y completa, se produce mientras la persona está en un grado alto de modo parasimpático (despierta, curiosa y contenta) o, si el dolor se ha procesado mentalmente, la curación profunda también puede producirse durante el sueño.

Como adultos, tenemos el derecho legal y la responsabilidad moral de reinstalar en nuestro corazón esa sensación de calma que recordamos cada vez que no nos sintamos bien. Podemos volver a instalarla con la ayuda de amigos, meditación en silencio, un ejercicio físico relajante o incluso centrando la mente en sensaciones de calma y amor que recordemos del pasado. No ocuparse del dolor o, lo que es peor, elegir fomentarlo, obsesionarse con él, disociarse de él o utilizarlo como recurso de autocompasión *no* ayuda a curarlo. Por el contrario, estos comportamientos entrenan al cerebro para que se centre en los aspectos del dolor que son aterradores o "no se pueden curar". Muchos de mis pacientes con Parkinson casi *no* tienen ni idea de cómo hacerles frente al dolor y el miedo. Puede que ni siquiera sepan lo que es estar "tranquilos". ¿Entumecidos? Sí. ¿Contentos y calmados? No.

Inmadurez emocional

Una vez que comienza la recuperación de la enfermedad de Parkinson, la madurez emocional de la persona puede ser, por poco tiempo, muy similar a la que había alcanzado cuando empezó a disociarse o a utilizar la pausa a largo plazo. Por ejemplo, si una persona se disoció por primera vez del dolor o se puso en pausa cuando tenía 5 años y nunca llegó a un lugar seguro, cuando de adulto por fin vuelve a asociarse con el antiguo dolor, es posible que tenga las habilidades de procesamiento del dolor de un niño de 5 años, que consisten en gritar y enojarse.

Una paciente de mediana edad que era madre, cuando empezó a reasociarse con su lesión en el pie, se comportaba como una niña de 3 años: tiraba muebles, mordía y gritaba sin enunciar palabras. Tenía 3 años cuando su madre la dio en adopción.

Otro paciente en recuperación, después de su fiesta de cumpleaños, se comportó "exactamente como un niño de 9 años", según su esposa. El paciente había utilizado las

mismas frases que su hijo había pronunciado 20 años antes, una vez terminada su fabulosa fiesta de cumpleaños a los 9: "¿Esto es todo lo que voy a hacer por mi cumpleaños?" y "Nunca puedo hacer lo que *yo* quiero".

La esposa se dio cuenta de que el trauma que le había cambiado la vida a este paciente en particular se había producido cuando tenía 9 años. A los 9 años, llegó a su casa del colegio y encontró a su abuela en el suelo de la sala de estar; había fallecido de un ataque al corazón. Sacó su libro de niño explorador y le aplicó todos los tratamientos, incluida la respiración boca a boca. Todavía estaba intentando reanimarla cuando su madre llegó a casa, quien lo llenó de elogios por no haberse puesto sensible ni haberse dejado llevar por sus sentimientos en aquel momento. Durante el *resto de su vida*, su madre lo elogió con frecuencia por no haber expresado *sentimientos* ni *emociones* el día en que murió su abuela.

Antes de empezar a recuperarse, este paciente no podía recordar ningún acontecimiento negativo que pudiera haberlo llevado a cerrarse emocionalmente o a entrar en pausa. Él pensaba que su comportamiento con su abuela había sido heroico y un punto álgido en su vida. Durante décadas, había recibido elogios de forma periódica por su heroísmo. Recién cuando empezó a recuperarse y a comportarse al igual que un niño de 9 años, su esposa recordó el incidente del fallecimiento de su abuela.

Se podría llenar un libro con este tema de las reversiones de la edad emocional de los pacientes. Pero esto es suficiente para seguir adelante. Si una persona puede ser prudente, si y cuando empieza a exhibir los comportamientos emocionales de un niño, puede ver sus comportamientos inmaduros desde la perspectiva de las partes más maduras y adultas de su mente. Puede "madurar" rápidamente en cuanto a su forma de afrontar el dolor. *Puede* aprender a aplicar las habilidades conductuales adultas de *auto*consuelo ante cualquier acontecimiento que le cause dolor.

Miedo al dolor

Muchos pacientes le tenían terror al dolor, lo que es entendible. Algunos pacientes incluso expresaban un gran temor ante la *posibilidad* de sentir lesiones antiguas. Algunos tenían miedo de que les tocara los pies. Una persona viajó cientos de kilómetros hasta Santa Cruz para ser tratada, aun sabiendo perfectamente que el tratamiento, en ese momento, consistía en Yin Tui Na en el pie lesionado. Cuando le pedí que se quitara los zapatos, se rehusó.

Me explicó: "Ni siquiera mi marido me ha visto o tocado jamás los pies". Estuvo media hora para decidir si me iba a dejar o no que le mirara los pies. Luego, tomó la decisión. No. Se marchó. Nunca la volví a ver.

A otros les aterrorizaba lo que podrían sentir en *general* si bajaban la guardia. Una paciente con EP, tras negarse a siquiera *contemplar* la posibilidad de imaginarse mirando dentro de la cadera dolorida desde hacía tiempo para ver si estaba oscura por dentro e inmóvil o agitada, explicó: "El sentido de la vida es evitar el dolor". Esta misma persona, cuando se le preguntó si podía intentar hablar mentalmente con algún amigo difunto o con un poder superior, me dijo: "Fui a la iglesia una vez y *ninguna* de las personas que estaban allí era perfecta. Así que después de eso, no creo en la iglesia, en Dios, en un poder superior ni en nada". Me recordó: "Esas otras cosas no importan; el objetivo de la vida es evitar el dolor".

Los pacientes cuyo nivel de estoicismo era *bajo* tendían a recuperarse más rápido de la EP. A veces, mencionaban que habían sido muy estoicos y precavidos en el momento

de la lesión, o durante toda la infancia. Pero habían aprendido, en su vida *adulta*, que *es* bueno experimentar sensaciones y que no es "malo" sentir y tratar con respeto las lesiones del cuerpo y los traumas emocionales. Estas personas respondían más rápido al tratamiento. Algunos de estos pacientes con mayor madurez emocional habían trabajado de forma consciente, como adultos, para aprender que está bien pedir ayuda. Algunos incluso habían aprendido a llorar.

Los pacientes que lograron llorar y enfocarse mentalmente en las sensaciones reales de su propio dolor físico y emocional tuvieron menos problemas para descifrar cómo tratar cualquier dolor o hematoma que surgiera cuando se desactivó la pausa y/o las lesiones empezaron a curarse.

Muchos pacientes, al iniciar el tratamiento, seguían estando orgullosos de su capacidad para no sentir dolor. Algunos habían dejado de llorar en la segunda infancia y no habían vuelto a hacerlo desde entonces. Otros creían, de verdad, que la falta de sentimientos o la cautela perpetua eran moralmente superiores al reconocimiento del dolor físico o emocional. En general, estas personas tenían EP tipo I y necesitaban aprender primero a reactivar sus cuerpos estriados y tálamos. Ni siquiera estaban preparadas para los tratamientos Yin Tui Na en sus lesiones. A menudo, estas personas se sentían alarmadas o ansiosas cuando empezaban a manifestarse la aparición y las sensaciones de antiguas lesiones. Aunque los dolores no siempre eran intensos, algunas personas sufrían ataques de histeria y paranoia cuando se enfrentaban al dolor de sus antiguas lesiones.

Algunos pacientes *no* eran capaces de enfrentarse al dolor y procesarlo. Un paciente tuvo ataques de histeria total todas las noches durante meses después de empezar a sentir las lesiones en el pie. Finalmente, descubrimos que al volver a ser consciente de su lesión en el pie también se habían vuelto a despertar la percepción y la capacidad de sentir las sensaciones de una lesión insoportable en la ingle de la infancia que *aún* necesitaba tratamiento médico, así como recuerdos de abusos atroces en la infancia.

Uno (y solo uno) de mis pacientes, a las pocas horas de haber recibido el *diagnóstico* de enfermedad de Parkinson, había desarrollado el mismo tipo de histeria diaria, que duró varios meses. Desarrolló esta histeria un mes entero antes de conocer nuestro trabajo y empezar a tratarse con nosotros. Con el tiempo, su histeria remitió después de muchos meses de tratamiento en los pies, psicoterapia, medicamentos recetados contra el insomnio y varios medicamentos homeopáticos recetados por su homeópata. En su caso, ni siquiera sentía un dolor reprimido durante mucho tiempo, sino que experimentaba la *previsión* del dolor. Ante el *diagnóstico* de una terrible enfermedad, era incapaz de controlarse por más tiempo, tras años de estoicismo. Según mi poca experiencia, su caso era único.

En unos pocos casos, los pacientes decidieron que la aparición de dolor en un pie que antes estaba entumecido era un signo de empeoramiento de la enfermedad de Parkinson. Algunos acudieron a sus neurólogos en respuesta a la repentina percepción de dolor en una parte del cuerpo que estaba lesionada hacía tiempo. Y la mayoría de sus *médicos*, ante el nuevo dolor por la lesión en el pie o el tobillo, que estaba magullado, palpitaba y se había inflamado, diagnosticaron erróneamente el dolor como… ¡un síntoma de la enfermedad de Parkinson! El Parkinson es un síndrome que se caracteriza por el entumecimiento de la cara y los pies. Un neurólogo debería saber, al menos, que la mayoría de los dolores que se producen en el Parkinson se deben a un empeoramiento constante de la dureza y la rigidez en el torso, los bíceps y la ingle, o a espasmos musculares por exceso de medicación, pero *no* a dolores a raíz de la inflamación causada por una antigua lesión que por fin se reconoció.

La prescripción irreflexiva de medicamentos para la EP para tratar dolores que no son de la EP

Una paciente que creía estar recuperándose desarrolló un dolor insoportable en ambas caderas. El dolor comenzó cuando por fin fue capaz de imaginar que tenía caderas. En lugar de acudir a un médico especialista en dolor, acudió al neurólogo que le había diagnosticado Parkinson. Esta paciente *no* estaba tomando ningún medicamento antiparkinsoniano.

Su neurólogo, que pensaba en ella solo como una paciente con Parkinson y no como una paciente con dolor, le recetó un potente anticonvulsivo (antiepiléptico). Este medicamento se utiliza, a menudo, para sedar la actividad cerebral en personas con Parkinson *que están recibiendo dosis excesivamente altas de sus medicamentos*. Las dosis elevadas de medicamentos antiparkinsonianos dopaminérgicos pueden causar discinesias musculares muy potentes y dolorosas. Para contrarrestar el nivel excesivo de actividad cerebral que desencadena estos espasmos, a veces, se recetan anticonvulsivos a las personas *que están tomando niveles altos de medicamentos antiparkinsonianos que causan discinesias*.

Esta paciente no estaba tomando ningún medicamento. No tenía discinesia a raíz de los medicamentos ni distonías (espasmos musculares). No estaba rígida: estaba laxa en exceso, una alteración que se da en la recuperación que se explica en el capítulo veintiséis. Por lo tanto, los antiespasmódicos que le recetó su neurólogo para el dolor eran totalmente inadecuados. Durante más de un año, tomó los anticonvulsivos que le recetó su neurólogo. Los medicamentos la dejaban aún más laxa, atontada y confundida. Como estos medicamentos inhiben la actividad cerebral, redujeron un poco su dolor, pero *muy* poco. Sin embargo, ella estaba decidida a mantenerse lo más activa posible, no quería "rendirse" ante el dolor.

Después de haber estado experimentando un dolor casi paralizante por un *año*, finalmente fue a ver a un médico especialista en dolor. Le hizo una TAC de las caderas y descubrió que tenía un gran desgarro en los dos músculos psoas en el área de la cadera, el cual afectaba a los músculos, que estaban inflamados, bien por la mitad, de lado a lado. Le recetó medicamentos para reducir la inflamación y le indicó que redujera al mínimo las actividades en las que utilizaba esos músculos. En cuanto vio las imágenes, sospechó que era probable que haya sufrido ese tipo de desgarro muscular *tan* inusual a los 6 años mientras "jugaba a las cosquillas" con su padre, quien la hacía acostarse en el suelo con las piernas en posición fetal. Luego, la obligaba a separar las rodillas hacia los lados. Le presionaba las rodillas dobladas contra el suelo y no la dejaba levantarse hasta que lloraba. El "juego" consistía en ver cuánto tiempo podía aguantar sin llorar.

Esta paciente era terapeuta y se especializaba en orientación matrimonial y familiar. Me dijo que no sintió ningún tipo de emoción cuando se dio cuenta de que los "juegos" de su padre probablemente le habían causado los desgarros musculares de la cadera. Le pregunté si no le parecía que esos "juegos" podrían haber sido un poco inapropiados. Me respondió con firmeza, sin calidez aparente: "Yo quería a mi padre. *Todos* lo admiraban". Con el tiempo, cuando empezó a recibir el tratamiento adecuado y dejó de mostrarse tan estoica e impulsiva, los desgarros musculares empezaron a curarse. Los desgarros laterales de los músculos psoas tardaron más de un año en curarse por completo.

La cuestión es que se pasó un año entero agonizando porque ella y su neurólogo supusieron que el dolor de sus músculos desgarrados se debía a la enfermedad de Parkinson.

Su error es comprensible, ella confiaba en su médico. El error del neurólogo se debió a la tendencia de los profesionales médicos a ver cada problema dentro de la propia especialidad. El neurólogo, que la evaluó como si fuese una paciente con Parkinson sobremedicada, supuso erróneamente que su dolor de cadera se debía a una distonía (tensión muscular crónica) o a los violentos espasmos discinéticos que los pacientes con Parkinson suelen experimentar a raíz de los niveles excesivos de medicamentos antiparkinsonianos, a pesar de que *no* tenía tensión muscular y de que *no* estaba tomando medicamentos.

Los tres especialistas

Una paciente de unos 30 años, que acababa de empezar a recuperarse, tenía unos dolores de estómago e intestinales tan fuertes que acudió a la sala de urgencias de nuestro centro médico de alto nivel cercano de la Universidad de Stanford. Antes de ir, me llamó. Le dije que sus síntomas repentinos parecían deberse a la recuperación de unas lesiones realmente terribles. Le advertí de que los médicos se enfadarían si no encontraban ningún problema fisiológico. También le dije que debía ir a la sala de urgencias, pero que no se sintiera mal cuando los médicos se enfadaran con ella.

En la sala de urgencias sentía mucho dolor, pero no tenía fiebre y los análisis de sangre no mostraban ningún signo de infección ni de respuesta inmunitaria elevada. Sus síntomas eran tan desconcertantes que llamaron a tres especialistas. Antes de la RM, el tocoginecólogo le dijo que era endometriosis. El oncólogo le aseguró que era cáncer. El médico de medicina interna le dijo que los intestinos se le estaban "plegando" y que tenía que operarla de inmediato.

En la RM, no se encontró nada. Les comentó que los dolores de estómago y abdomen le hacían pensar en las veces que su padre la había atacado con un martillo. En concreto, una vez, cuando era muy pequeña, la golpeó en la bañera con el martillo. A decir verdad, su padre esperaba que ella esquivara los golpes. No siempre lo lograba.

Los tres especialistas, que no se percataron de los leves síntomas de Parkinson que aún seguía teniendo, le diagnosticaron psicosis. No solo eso, sino que todos se enojaron con ella por haberles hecho perder el tiempo por un mero "problema psicológico" que ella intentaba hacer pasar por un "recuerdo reprimido". Obviamente, el dolor de un ataque de esas características se habría curado décadas antes. Después me dijo que estaba *muy* contenta de que le hubiera advertido de que se enojarían. Mis palabras de advertencia la ayudaron a tomarse con humor su frustración y sus insultos en lugar de como algo personal.

Esta paciente en concreto sufrió unos dolores bastante fuertes durante la recuperación, incluidas muchas lesiones causadas por su trabajo profesional con caballos. Era entrenadora de caballos de alto nivel y tenía mucha demanda de trabajo. Los caballos eran su gran amor y pasión, a pesar de que tenía los pies a la miseria de tantos pisotones.

Pero todo eso había quedado atrás el día que vino a visitarme a mi clínica después de más de un año sin vernos. No tenía ningún síntoma. Me dio un abrazo y me preguntó: "¿No notas algo diferente?".

Me puse a pensar qué podía ser: "¿Tu cabello?"

—"¡No! ¡Mírame!"

—"¿Estás más alta?"— Era 6 pulgadas (15 centímetros) más alta que yo, pero siempre lo había sido.

—"¡No! ¡Es tan obvio! Estoy usando *sandalias*. Me las acabo de comprar. Mi primer par. En cuanto me las puse, vine directamente para aquí. Eres la primera persona en toda mi vida que me ve los dedos de los pies en público".

Nos dimos un abrazo. Puede que se me cayera alguna lágrima. Las personas que se han recuperado de la EP, a veces, sienten un vínculo especial.

He redactado los dos casos prácticos anteriores, muy abreviados, para demostrar cómo los médicos a menudo dar por sentado que todos los síndromes están relacionados con su campo de estudio especializado.

Muchas veces, los pacientes a los que se les había diagnosticado Parkinson *y* también sus médicos suponen incorrectamente que todos los problemas y dolores posteriores al diagnóstico seguro se deben al Parkinson.

Por ejemplo, muchos pacientes con EP en recuperación que desarrollaban síntomas gripales cuando era temporada de gripe suponían que se sentían peor de lo habitual porque el Parkinson estaba empeorando. A veces, si la gripe les daba fiebre, insistían en que la *fiebre* era un signo de que el Parkinson estaba empeorando. Y, en ocasiones, sus médicos también *coincidían*, equivocadamente, en que los síntomas de la gripe y la fiebre eran síntomas de la enfermedad de Parkinson ¡y sugerían un aumento de los medicamentos antiparkinsonianos para tratar la gripe!

Lo mismo ocurría cuando, debido a la recuperación, aparecía de repente el dolor de una antigua lesión, en el hombro, la cadera, el costado del cuello o alguna otra área que no estaba relacionada con el modo de pausa. Los médicos les decían: "¡Eso es el Parkinson que está empeorando!" y automáticamente les aumentaban los medicamentos antiparkinsonianos, los miorrelajantes, los anticonvulsivos (no lo estoy inventando) o algún otro medicamento que era completamente inapropiado teniendo en cuenta que el dolor del paciente se debía a una lesión. Algún antiinflamatorio no esteroideo, una aspirina o algún otro analgésico de venta libre habría sido más apropiado, junto con fisioterapia.

Dolor o rigidez

Tengo pacientes de mediana edad o mayores que *no* padecen EP. A veces, vienen a verme porque están rígidos o doloridos después de haber realizado una actividad inusual, como pasarse todo el día trabajando en el jardín, o debido a una falta de actividad o ejercicio habitual. Quieren aliviar el dolor, así que se dan un masaje o acuden a mí para recibir un tratamiento de acupuntura.

Pero algunos de mis pacientes con Parkinson en recuperación, al sentirse un poco rígidos o doloridos después de realizar una actividad inusual o después de pasar varios días sin hacer nada, entraban en pánico. Me llamaban para avisarme que el Parkinson había empeorado muchísimo de repente.

Yo les preguntaba si hacían estiramientos, natación, yoga o Tai Ji, o cualquier otra actividad con regularidad para mantener flexibles las articulaciones. Por lo general, me preguntaban por qué tenían que hacer esas actividades; antes de tener Parkinson, años o incluso décadas antes, no tenían esos dolores ni esa rigidez, aunque no hubieran hecho estiramientos con regularidad.

Cuando les señalo que, antes de recuperarse, estaban bastante entumecidos porque utilizaban el dominio de la norepinefrina, que solo sentían rigidez si la articulación estaba tan bloqueada que no podían moverla, *y* que están envejeciendo, les cuesta entender lo que quiero explicarles. Les digo que todas las personas de mediana edad o mayores que no se

esfuercen por mantenerse flexibles pueden empezar a ponerse tensas, incluso si se están recuperando del Parkinson. Esta idea suele ser recibida con incredulidad, o con la afirmación: "Empezaré a hacer ejercicios de estiramiento si el Parkinson desaparece por completo".

A muchos de mis pacientes con Parkinson les costó aceptar la idea de que los cuerpos pueden tener dolor por razones *distintas* a la enfermedad de Parkinson. Como se mencionó en el capítulo anterior, muchos pacientes descubrieron, durante la recuperación, que su rigidez en el cuello se debía a antiguas lesiones en el cuello y los hombros, y *no* al avance o la reaparición de la enfermedad de Parkinson. Estas lesiones solían responder muy bien a estilos suaves de tratamiento quiropráctico u osteopático, o a tratamientos terapéuticos de toque ligero, como la terapia craneosacral. Recuperarse del Parkinson podría haber *expuesto* el dolor de estos problemas causados por lesiones porque el entumecimiento ya no está presente. Sin embargo, el Parkinson no *causó* las lesiones, y la repentina aparición del dolor de estas antiguas lesiones tampoco significaba que el *Parkinson* estuviera empeorando.

Muchos pacientes han dicho cosas como: "Esa lesión en el cuello se produjo hace décadas y nunca me dolió, ni siquiera en aquel momento. El Parkinson está haciendo que la lesión en el cuello se convierta en un problema. Por lo tanto, como el cuello me duele más que nunca [desde que se curó la lesión en el pie y me he vuelto más sensible], es una prueba de que *no* me estoy recuperando de la enfermedad de Parkinson ".

Si la lesión no causó dolor en ese momento, puede haberse debido al Parkinson o al pre-Parkinson: el verdadero problema era el bloqueo del dolor para que las lesiones no pudieran curarse. Muchos pacientes ni siquiera son capaces de *contemplar* esta posibilidad.

La mayor percepción de los dolores corporales puede convertirse en un gran problema para algunos pacientes en recuperación. Tras recuperarse del Parkinson, algunas personas desarrollan temporalmente fibromialgia o hipocondría, dos afecciones en las que la persona es hipersensible al dolor. En todos menos uno de los pacientes que *desarrollaron* fibromialgia o hipocondría, estos síndromes desaparecieron, como mucho, a los 6 meses. Una persona que jamás hizo ejercicio en su vida tuvo síntomas de fibromialgia durante años después de haberse recuperado.

Volviendo al punto principal, muchas personas con Parkinson no tienen la menor idea de cómo enfrentarse al dolor o al miedo. Es posible que *nunca* hayan aprendido los mecanismos habituales para aliviar el dolor que los niños pequeños logran dominar de a poco desde los 3 hasta los 11 años (aproximadamente). Para muchos de mis pacientes con EP, el único mecanismo de tratamiento del miedo o el dolor que conocían era bloquear el dolor o el miedo con la mente, es decir, disociarse u ordenarse a sí mismos no sentir dolor. El concepto de *abordar* el miedo o *sentir* el dolor tal vez llorando, tomando una aspirina y, luego, calmando el dolor de manera consciente, o pidiendo ayuda para calmarlo, lo que neutraliza el dolor y permite que avance la curación, era *absolutamente* nuevo para ellos. Muchos pensaban que *procesar* el dolor era imposible, o era una muy mala idea. Creían que el sentido de la vida era evitar el dolor y no tanto sentir alegría.

Un largo comentario al margen: el dolor de otras lesiones

A veces, al mismo tiempo que se producía la curación de una lesión en el área del canal del estómago que estaba causando circuitos del tipo pausa, algún área que *no*

pertenecía al canal del estómago manifestaba de manera espontánea un hematoma o dolor. En ocasiones, el paciente recordaba haberse lesionado ambas áreas al mismo tiempo.

No importa si el paciente es capaz o no de recordar el incidente o los incidentes dolorosos. Algunos pacientes (sobre todo los que han participado en carreras de bicicleta o moto) han sufrido tantas lesiones que nunca sabrán qué incidente causó cada lesión. No pasa nada; no recordar no impedirá la recuperación.

Algunas de las lesiones que salieron a la luz se manifestaban con hematomas leves sin dolor. Otras eran hematomas tecnicolor, azules, amarillos y verdes, con manchas de color rojo vivo bajo la piel. A veces, había dolor sin hematomas. Otras, había hematomas *y* dolor.

Aunque las fracturas de huesos de las piernas que se habían producido décadas atrás y que no se habían consolidado eran relativamente raras, las personas que las sufrían experimentaban un dolor y unos hematomas impresionantes en el lugar de la fractura. A medida que aparecía el dolor, todos mis pacientes que tenían una fractura de hueso en la pierna (fémur, tibia o peroné) no consolidada recordaban *vívidamente* el suceso durante el cual se había producido la fractura tantos años antes.

A muchos de mis pacientes les confirmaron estas fracturas óseas mediante radiografías. Todos los radiólogos insistían en que las fracturas eran muy recientes, de los últimos días o semanas, en función de la cantidad de cicatrización que se estaba produciendo y era visible en los extremos fracturados. Cuando los pacientes comentaban que la lesión había tenido lugar años o incluso décadas antes, los radiólogos les decían que estaban equivocados. Todos insistían en que era imposible que un hueso roto permaneciera sin causar dolor y sin consolidarse durante un largo período de tiempo. En realidad, los radiólogos estaban equivocados, pero no había nada que hacer al respecto.

Muchos pacientes se sintieron aliviados al ver en una radiografía que en la zona en la que tenían un dolor intenso había, en verdad, un hueso que era evidente que estaba fracturado, y no se trata de cáncer, gota, clavos incrustados en la piel o cristales rotos clavados. A veces, en casos de dolor muy intenso a raíz de una fractura en la pierna, un nuevo tipo de rigidez o un deseo de atrincherarse y/o un nuevo tipo de temblor local *o* intermitente en todo el cuerpo acompañaban al dolor y a la conmoción por el hueso fracturado durante un breve período de tiempo, tal vez unos pocos días, como *debe* ocurrir cuando el cuerpo tiene una herida grave y está en posible riesgo de muerte inminente. Estos nuevos síntomas, parecidos a la pausa, fueron desapareciendo a medida que avanzaba la curación, como ocurre cuando una persona desactiva la pausa y empieza a curarse.

Recuperaciones graduales

Aunque algunos pacientes presentaban lesiones en los brazos, las piernas, el cuello o la cabeza que aparecían al mismo tiempo que afloraban las lesiones en los pies, lo más habitual era que las distintas lesiones se manifestaran de forma gradual.

Las investigaciones han demostrado que una persona que sufre varias lesiones graves no puede sentir el dolor de *todas al mismo tiempo*. En estos casos, parece que el cuerpo "decide" qué lesión es la peor en cada momento y se ocupa de ella. Cuando se ha prestado la atención adecuada a la lesión más grave y/o se ha iniciado la curación en el área más problemática, el cerebro puede enfocar su atención en otra lesión.

Una persona que debido a un accidente de bicicleta ha sufrido hematomas en las costillas, se ha esguinzado la rodilla, se ha raspado la piel en muchos sitios y se ha lastimado

la espalda y el cuello sabrá de lo que hablo. Aunque tenga la sensación general de que le duele todo, el cuerpo detectará que debe tratar de inmediato una *sola* lesión a la vez. Y tan pronto como ese problema concreto empiece a solucionarse, unos segundos, minutos, días o semanas más tarde, otra lesión pasará a primer plano. A veces, el dolor inmediato pasa rápidamente de un área a otra, cada pocos segundos, una y otra vez, como si se estuvieran comprobando las lesiones en una especie de rotación rápida.

No es infrecuente que una persona con o sin enfermedad de Parkinson, que tiene lesiones en múltiples partes a causa de un accidente muy grave, pase *meses* curándose. Tan pronto como el dolor en el cuello empieza a curarse un poco, el dolor en la cadera puede exigir atención. En cuanto el dolor en la cadera empieza a calmar, el dolor en el cuello puede reanudarse donde paró *o* puede aparecer el dolor en la rodilla. Una vez que la rodilla se ha curado un poco, el dolor puede silenciarse por un tiempo y puede empezar a sentirse la lesión en el hombro.

En algunos de mis pacientes con EP, una vez que empezaron a ser capaces de sintonizarse con sus cuerpos y sentir dolores que llevaban olvidados hacía tiempo, aparecían una o dos lesiones "nuevas" cada algunos meses, o una vez al año. En algunos casos, este tipo de retraso en la curación continuó durante varios años, incluso después de haberse recuperado por completo del Parkinson. Para la recuperación *no* es necesario que se curen todas las lesiones reprimidas. La recuperación del Parkinson, incluida la capacidad de la persona para experimentar la liberación de dopamina, demostrada por el regreso de la función motora automática, a menudo, se ponía en marcha en cuanto se desactivaba la pausa o la pseudopausa. La presencia de otras lesiones, que no necesariamente causaban que el Qi de los canales fluyera en el patrón de pausa, *no* siempre inhibían la recuperación del Parkinson.

Una vez más, *muchas* personas volvieron a la pausa en respuesta a la aparición de un dolor nuevo a raíz de una antigua lesión.

Otros, los que aún estaban en recuperación parcial, cuyas lesiones se habían curado, pero que seguían utilizando la pausa autoinducida, a menudo, insistían en que no podían recuperarse porque todavía no habían encontrado "todas las lesiones". Cuidado con esta actitud, ya que es una estrategia del Bloqueador.

Nunca es demasiado tarde para aprender a responder al dolor de un modo que los haga avanzar hacia la curación y el perdón. Cuando una persona aprende a hacerle frente al dolor, descubre para su sorpresa que el dolor, o incluso la mera *idea* del dolor, ya no la asusta ni la hace *volver* al modo de pausa.

Capítulo veinticinco

Síntomas de recuperación: hongos y erupción con enrojecimiento

Solo alrededor del 25 % de las personas que se recuperan de la EP presentan una erupción con enrojecimiento. Sin embargo, este es un síntoma de recuperación muy importante, ya que puede constituir una señal *visible* de que la circulación sanguínea está mejorando *y* aporta aún más pruebas de las nuevas hipótesis de este libro sobre la EP. Las células dopaminérgicas muertas *no* causan hongos en las uñas de los pies y el "diagnóstico erróneo" no explica la erupción con enrojecimiento durante la recuperación. Durante la pausa, los patrones del Qi de los canales *sí* explican por qué los hongos logran penetrar en las áreas del canal del estómago que pasan por los pies, las piernas y la cara (seborrea facial) en las personas con enfermedad de Parkinson.

Muchas personas con Parkinson tienen hongos en los pies y/o en las uñas de los pies, que hacen que estas sean gruesas y grises, o incluso deformes y de color blanco tiza. En algunos pacientes, estos hongos también se han trasladado a los tejidos de los pies. El hongo puede "florecer" (presentar una erupción con enrojecimiento y picazón, o llagas con picazón o un leve dolor) durante los meses de verano o en cualquier momento en que los pies estén calientes. El hongo puede permanecer latente cuando hace frío.

En las áreas del cuerpo donde el Qi de los canales no fluye y, por lo tanto, la circulación sanguínea es deficiente, los hongos pueden desarrollarse, de forma invisible y sin que nadie los moleste. Cuando mejora la circulación, el sistema inmunitario del cuerpo es capaz de *detectar* la presencia del hongo. Una vez que el organismo *detecta* el hongo, toma medidas para eliminarlo. La batalla resultante puede generar la aparición de pequeñas ampollas rojas o una erupción con enrojecimiento.

Los hongos microscópicos están por todas partes. Nuestro cuerpo está expuesto todo el tiempo a las esporas de hongos. Es normal. Es *saludable*. La punta de una uña sana es blanca gracias a los hongos que mordisquean la parte inferior de la uña, lo que hace que sea microscópicamente áspera y opaca (blanca), en lugar de transparente. Una circulación sanguínea sana impide que el hongo se establezca en la parte rosada de la uña, que está adherida al lecho ungueal. La línea tenue y muy fina de un color rojo más intenso donde la uña pasa del rosa (donde está adherida al lecho ungueal) al blanco (donde está suelta) es la inflamación a raíz de una línea de batalla biológica diminuta. Estas líneas rojas muestran dónde el sistema inmunitario de un cuerpo sano mantiene a raya al hongo que siempre está presente.

En las áreas del cuerpo que tienen mala circulación, el sistema inmunitario no puede combatir muy bien a los hongos, si es que lo hace. Los hongos pueden desarrollarse en estas áreas.

Dado que la mayoría de las personas con Parkinson tienen mala circulación en los dedos de los pies y los pies, a menudo, tienen hongos que invaden y se fijan en el lecho ungueal (debajo de la parte rosada de la uña) y justo debajo de la piel de los pies.

El entumecimiento, la mala circulación y la escasa percepción corporal que permiten que los hongos se adentren de a poco en el cuerpo pueden comenzar décadas antes de que a una persona se le diagnostique Parkinson.

Por ejemplo, a los 7 años, unos 2 años después de haberme golpeado el pie con la puerta de un automóvil, me di cuenta de que no podía detectar *exactamente* dónde terminaban las puntas de los *dedos* y empezaba el aire. En mis 20 y mis 30, supuse con arrogancia que esta falta de precisión en cuanto a los bordes de mi propio cuerpo era un signo de espiritualidad avanzada, ¡mi percepción corporal era contigua con el universo! Nunca me di cuenta de que *no* tenía ni idea de dónde terminaban los *dedos de los pies*. Desarrollé hongos en las uñas del segundo y el tercer dedo del pie (las terminaciones del canal del estómago) más o menos cuando tenía unos 45 años, justo 2 años antes de que me diagnosticaran Parkinson. Solo tenía hongos en las uñas de los pies, no en las de las manos. Sabía que las yemas de los dedos tenían poca sensibilidad somática, pero era evidente que los dedos de los pies estaban aún más entumecidos que los de las manos, tanto que ni siquiera sabía lo entumecidos que estaban. Después de desactivar la pausa, los hongos de las uñas de los pies desaparecieron por sí solos en unos 6 meses.

Además de tener, a menudo, hongos evidentes en las uñas de los pies, las personas con Parkinson suelen tener hongos en crecimiento en la piel de los dedos de los pies, en la parte de arriba y los laterales de los pies y, a veces, incluso en las plantas de los pies.

Si la *pierna* está algo entumecida y tiene mala circulación en la piel a lo largo del recorrido del canal del estómago, el hongo, a veces, se extiende más arriba por la piel de la pierna. En las áreas donde la circulación sanguínea *es* suficiente para mantenerlo a raya, este *no* logra desarrollarse. De esta forma, su presencia en las *piernas* se limita, por lo general, a una invasión subdérmica asintomática, solo a lo largo del recorrido del canal del estómago.

Como ya se ha indicado, en estas áreas *puede* brotar una erupción con picazón, enrojecimiento y, a veces, dolor cuando hace calor. Pero en la mayoría de mis pacientes, los hongos siempre estuvieron en un segundo plano y se mantuvieron invisibles y sin ser detectados, excepto en las uñas de los pies, hasta que la persona empezó a recuperarse del Parkinson.

Durante la recuperación, la circulación casi siempre mejora rápidamente en los pies de los pacientes. Al mejorar, parece como si el sistema inmunitario fuera capaz de detectar los hongos, si es que están presentes, e iniciara una batalla contra ellos. Esto suele provocar una reacción por parte del hongo, que, al verse atacado, se reproduce y "florece" con agresividad. Posiblemente, esto ayuda a producir esporas antes de que lo eliminen. Estos "florecimientos" del hongo son protuberancias rojas que generan picazón y, a veces, tienen un cuarto de pulgada de diámetro (6 mm) y otras, son muy pequeñas. Si hay muchas protuberancias pequeñas, parecen una erupción con enrojecimiento. A veces, si se rascan mucho, estas se abren y liberan un poco de líquido.

Cuando el sistema circulatorio mejorado del organismo ataca a los hongos, pueden aparecer llagas rojas que producen picazón en los lugares donde los hongos han estado viviendo de forma silenciosa e invisible bajo la piel.

En algunos pacientes, la infección fúngica se expande más allá de la piel del pie. Las ampollas rojas aisladas o el conjunto de ampollas diminutas que forman una erupción con enrojecimiento pueden extenderse por la parte inferior de la(s) pierna(s) y, en algunos casos, he visto que se extienden incluso hasta los muslos. Repito, la presencia de hongos suele limitarse al recorrido del canal del estómago, y es peor en el lado del cuerpo en el que los síntomas de EP aparecieron primero.

No es necesario ningún tratamiento.

La erupción con enrojecimiento puede estar caliente y causar picazón, pero, en todos los casos que he visto, ha desaparecido por sí sola. Una vez restablecida la circulación, el cuerpo es capaz de reconocer y destruir los hongos que, a lo largo de los años, se habían escabullido en las áreas entumecidas con mala circulación.

A algunos pacientes les resultaba algo útil una pomada balsámica para el pie de atleta, pero a otros no. Algunos utilizaban una loción de aloe vera para calmar el calor y la picazón hasta que terminara la batalla. A otros no les parecía eficaz. Un paciente logró adormecer de forma temporal la dolorosa picazón frotando ajo crudo sobre la erupción.

Con el tiempo, la erupción con enrojecimiento siempre cesaba. Incluso los hongos de las uñas de los pies suelen disminuir o desaparecer, aunque esto suele llevar mucho más tiempo. Ver cómo crecen de a poco uñas nuevas y sanas y se expulsan las uñas enfermas puede ser motivo de celebración. En algunos casos, las uñas vuelven a estar completamente sanas.

Cabe destacar que los hongos en las uñas de los pies son una afección que algunos médicos consideran tratable de forma superficial, pero incurable en última instancia, al igual que el Parkinson.

Pastillas para tratar los hongos

Algunos pacientes han preguntado por los medicamentos antimicóticos internos (pastillas). Los hongos en los pies y los dedos de los pies no son una afección peligrosa. Sin embargo, los antimicóticos internos tienen una toxicidad extrema y son muy perjudiciales para el hígado. De hecho, son mucho más peligrosos que los propios hongos, a diferencia de las pomadas y los ungüentos de uso externo.

La mayoría de los médicos que conozco personalmente no dejan que sus familiares y seres queridos utilicen los antimicóticos *internos* aprobados por la FDA. Además, cuando una persona los utiliza, la parte *latente* del hongo no muere por el medicamento. El hongo reanudará su crecimiento y se desarrollará de nuevo unas semanas después de que la persona deje de usar el medicamento. En otras palabras, los antimicóticos no *erradican* el hongo. El hongo puede permanecer en el cuerpo, latente, mientras la persona esté tomando el medicamento Por lo tanto, este no "cura" realmente el hongo, sino que impide *por un tiempo* que se desarrolle o "florezca": solo enmascara los síntomas.

Duración de la erupción con enrojecimiento

Las ampollas rojas o la erupción con enrojecimiento, a veces, duran unas pocas semanas. A veces, duran más de un mes.

Un paciente que tenía una erupción con enrojecimiento hasta la parte superior del muslo era neurólogo. Le pareció emocionante observar esta manifestación totalmente inesperada de enfermedad oculta. Para él estaba claro que le había pasado algo que no estaba relacionado con las "células cerebrales muertas", y que su cuerpo se estaba curando de algún entumecimiento del que no estaba al tanto. Le pregunté si les contaría a sus colegas de una de las mejores facultades de medicina de la costa este nuestras teorías y su tratamiento. Me dijo que no: "Pensarían que estoy loco si supieran que estoy consultando a una acupuntora".

Si les sale una erupción con enrojecimiento, celébrenlo. Sus cuerpos se están despertando. Están tomando nota de los patógenos que los han estado comiendo en silencio, tal vez durante años, para eliminarlos. ¡Felicitaciones!

Capítulo veintiséis

Síntomas de recuperación: rigidez y laxitud

Al recuperarse del Parkinson, los músculos que *habían* estado rígidos pierden la rigidez y, en su lugar, se vuelven laxos y no responden.

Esto no quiere decir "débiles". Cuando uno empieza a despertarse después de un sueño profundo, se da cuenta de que está consciente, *pero* puede que los músculos aún estén laxos y no respondan. Incluso si uno goza de una excelente salud, incluso si uno es un gran levantador de pesas, los músculos estarán laxos cuando uno empiece a sentir que está consciente. Al cabo de unos instantes o unos minutos, cuando el mesencéfalo vuelve a poner en marcha las corrientes eléctricas del tiempo de vigilia con un amperaje cada vez mayor, la función motora automática del cerebro, desconectada durante el sueño, vuelve a conectarse. Uno empieza a *imaginar* que mueve uno o dos músculos y, de repente, puede moverse.

Movimiento "automático" sin esfuerzo: no es lo mismo que el movimiento de emergencia

Por otra parte, si uno se despierta por algún tipo de imprevisto durante la noche, podrá moverse al instante, gracias al sistema de activación motora de emergencia de la norepinefrina del cerebro. Si uno oye un ruido que lo despierta de un sueño profundo, es posible que salte de la cama, con el corazón palpitante, y baje corriendo las escaleras para hacer frente a la crisis. Cuando vuelve a la cama después de darse cuenta de que solo han sido los mapaches que han vuelto a meterse en la basura, puede que sienta las piernas temblorosas y con una sensación extraña. En ese momento, se estaba haciendo uso del movimiento de emergencia; en otras palabras, se estaba usando el cuerpo de forma mecánica. *No* se estaba haciendo uso del "movimiento automático", es decir, el movimiento *sin esfuerzo* del modo parasimpático.

Incluso las personas con Parkinson avanzado pueden moverse con facilidad en una verdadera emergencia. Incluso si *ya no* pueden mantener una sensación de emergencia *artificial*, creada de forma exclusiva por la mente, que sea lo suficientemente convincente como para anular su uso del modo de pausa, e incluso si *apenas* pueden moverse debido a la EP *avanzada*, *podrán* hacerlo de una manera que parece normal durante una emergencia real, cuando se produce el aumento de la norepinefrina.

Cuando el área de movimiento *automático* del modo parasimpático (en contraposición al sistema de emergencia) *no* está activada en una persona sana, como ocurre durante el sueño, durante períodos de insuficiencia de dopamina o debido a la incapacidad de imaginar de manera consciente el movimiento, los músculos no responden y se vuelven laxos. No *débiles*. Están desconectados. Es decir, laxos. Desactivados. En este capítulo, se aborda el comportamiento de la falta de respuesta y la laxitud en los músculos que antes estaban rígidos que puede ocurrir durante la recuperación. Esta laxitud puede producirse cuando la pausa se desactiva; *sin embargo*, la función motora automática no se vuelve a activar de inmediato. La función motora automática sigue una secuencia de pasos, entre ellos, *imaginarse* a uno mismo moviéndose. Después de muchos años de inactividad, es posible que esta secuencia de iniciación del movimiento no vuelva a ponerse en marcha de inmediato, incluso después de que se desactive la pausa.

Las personas con Parkinson tienden a llamar a esta fase de recuperación fase de "músculos débiles". Si piensan que los músculos no responden, que no pueden acceder a ellos mentalmente o que están desconectados, en lugar de pensar que están débiles, es más probable que recuerden hacer los ejercicios que aceleran la reactivación del área de la imaginación motora del cerebro, un paso fundamental en el proceso de generación del movimiento automático.

Recuperación de la rigidez

La rigidez es una respuesta fisiológica correcta al flujo en retroceso del Qi de los canales. Después de una lesión grave, como una fractura de pierna, el Qi en retroceso ayuda a que la parte del cuerpo lesionada o la mayor parte del cuerpo permanezca rígida; de esta manera, se inhibe el movimiento y se evitan daños mayores hasta que la lesión pueda curarse. En cuanto el Qi vuelve a fluir correctamente, gracias a una combinación saludable de las vías parasimpática y simpática, estas áreas rígidas vuelven a ser capaces de utilizar el movimiento basado en la dopamina. El movimiento basado en la dopamina utiliza una vía muy diferente en el cerebro que la vía de la norepinefrina. La vía motora de la dopamina fluye a través del área de la imaginación motora del cerebro. Esto ayuda a garantizar que los movimientos automáticos solo puedan producirse cuando la persona está segura y es capaz de imaginarse a sí misma realizando los movimientos; en otras palabras, la persona tiene que estar consciente y *no* correr riesgo de muerte inminente.

He aquí una hipótesis: cuando una persona ha estado en pausa y el Qi de los canales ha estado fluyendo en retroceso durante *años*, varios sectores del área de la imaginación motora del cerebro se vuelven inactivos. Las personas con Parkinson, en su mayoría, no pueden *imaginarse* a sí mismas moviéndose. Cuando las personas empiezan a recuperarse del Parkinson, es posible que el área de la imaginación motora *no* reanude su función de inmediato. O puede que, al principio, sea capaz de imaginar *algunos* movimientos, pero no otros. La inactividad en esta área de imaginación podría recuperar la función con bastante rapidez. Pero hasta que lo haga, las personas que se recuperan del Parkinson pueden pasar por un período en el que sientan los músculos laxos y sin respuesta.

La hipótesis anterior, respaldada por la investigación cerebral mencionada en el capítulo quince, también se ve respaldada por los acontecimientos peculiares que se producen durante la recuperación.

Repito, durante la recuperación, la capacidad de *imaginar* ciertos movimientos puede seguir inactiva en las áreas en las que el cuerpo ha estado rígido, en lugar de entumecido. Los músculos de estas áreas, que habían estado rígidos durante la pausa, se vuelven *laxos* y no responden cuando la pausa se desactiva. Parece como si, cuando la pausa se desactiva después de décadas de inhibición en el área de la imaginación motora del cerebro, *no se pudiera* acceder de inmediato al uso y la coordinación de algunos de estos músculos. Si no se puede acceder a ellos, los músculos se comportan como si estuvieran *dormidos*, todavía *desconectados* del área de la imaginación motora de la mente.

El proceso de la laxitud

Antes de la recuperación, muchos de mis pacientes con EP creían que tener los músculos rígidos, incluso duros como una roca, en particular, los músculos de la región anterolateral del muslo, constituía una prueba de que tenían músculos sanos y bien

tonificados. Sin embargo, estos músculos *no* estaban "tonificados". Estaban un poco contraídos y rígidos de manera constante. *No* podían relajarse. Estaban *carentes* de energía.

Durante la recuperación, el tejido de estos músculos se ablanda. Cuando el Qi de los canales que fluye en retroceso deja de circular por estos músculos, pierden su rigidez. Se suelen volver laxos o incluso flácidos durante un tiempo. No es que están *débiles*: ni siquiera pueden contraerse o aflojarse *un poco* en respuesta a las órdenes de movimiento que les da el cerebro. Se comportan como si no recibieran órdenes del cerebro, como si esos músculos estuvieran dormidos. Aunque el problema *parece* ser de debilidad, es más probable que se deba a que hay ciertas instrucciones del cerebro al cuerpo que no llegan. A juzgar por lo que ocurría cuando los pacientes *se esforzaban* por *imaginar* el movimiento deseado, el problema era de inactividad en el área de la imaginación motora del cerebro. Ya en el año 2000 se sospechaba que esta área del cerebro contribuía a los síntomas del Parkinson. [69]

Estas partes del cuerpo tampoco habían respondido a las órdenes del cerebro durante los años de pausa, pero como estaban rígidas, podían servir de apoyo. Los otros músculos, todavía funcionales, de otras partes de los brazos, las piernas, la espalda y los glúteos, áreas en las que el Qi de los canales fluía en la dirección correcta, *podían* ejercer un impulso frente a los músculos rígidos o compensarlos. En realidad, muchos pacientes pensaban que los músculos rígidos y sin vida, sobre todo los de los muslos, estaban *muy* sanos: *super*tonificados. Para demostrar que tenían un excelente tono muscular, muchos de mis pacientes me comentaban su capacidad para subir escaleras de dos en dos escalones. Los mecanismos que permiten este comportamiento bastante típico de la EP se analizaron con anterioridad, en el capítulo quince.

Aunque la laxitud muscular y la falta de respuesta durante la recuperación eran más notables y problemáticas cuando se producían en los muslos, a veces, eran perceptibles en otros grupos musculares que habían estado rígidos. Por otra parte, algunos pacientes recuperaron sin esfuerzo el tono muscular habitual en algunos o todos los músculos que antes estaban rígidos, *sin* ningún período de laxitud o falta de respuesta muscular.

No se trata de una cuestión de atrofia

Algunos pacientes se preguntaban si la laxitud repentina era *atrofia* (músculo debilitado). *No* lo era. En función de lo que vi durante las recuperaciones, parecía como si la laxitud se debiera a una desconexión entre la mente y esa parte del cuerpo, ya que ocurría cuando la pausa se desactivaba y la persona volvía a estar predominantemente en modo parasimpático.

Me atrevo a plantear esta hipótesis por dos razones: en primer lugar, en casos de verdadera emergencia, la gente seguía siendo capaz de utilizar estos músculos, que el resto del tiempo estaban laxos. En segundo lugar, estas áreas no recuperaban la fuerza *lentamente*. Por el contrario, parecía que el problema era total: todo o nada. Cuando, de repente, los músculos establecían la conexión, las partes del cuerpo que antes estaban laxas se movían con total normalidad.

---

[69] "*Motor imagery in normal subject and in asymmetrical Parkinson's disease*"; Thoois, Dominey, Decety, et al; *Neurology*; 10 de octubre de 2000; 996-1002. Para obtener más información sobre esta y otras notas al pie de página relacionadas con el área de la imaginación motora, consulten la p. 82.

Por ejemplo, vuelvan a pensar en la situación descrita en el capítulo veintiuno cuando, 5 años después de recuperarme, levanté la pierna derecha del suelo de forma repentina y espontánea y la apoyé sobre la rodilla izquierda para ponerme el zapato con más facilidad. Los músculos de la pierna derecha habían estado fuertes y sanos durante casi 5 años. Desde que me recuperé, hacía tiempo que era capaz de hacer físicamente todo lo que quería, como salir a pasear, nadar e ir al gimnasio. Pero cuando se trataba de un movimiento específico y coordinado, como levantar la pierna derecha y colocarla encima de la rodilla izquierda para ponerme el zapato, seguía necesitando usar las manos. Nunca me lo había cuestionado. Siempre había necesitado hacerlo. Supuse que era algo normal para mí. A la hora de realizar ese movimiento en concreto, tenía la pierna laxa y sin fuerzas, no respondía a lo que yo le ordenaba con la mente.

Y entonces, un día, de la nada, la pierna hizo por sí sola ese movimiento de forma espontánea. No estaba *intentando* hacer ese movimiento. Tan solo estaba sentada y me puse los zapatos sin pensar, mientras repasaba en mi cabeza todas las cosas que tenía que hacer ese día. Este movimiento repentino y suave no tenía *nada* que ver con la fuerza muscular. Fue como si mi cerebro restableciera de repente la conexión con esa secuencia específica de movimiento de piernas que llevaba mucho tiempo inactiva

(cuando se trata de secuencias motoras complejas, como levantar una pierna y apoyarla en la rodilla contraria, y según lo que sabemos sobre las distintas áreas cerebrales, es probable que el área de la imaginación motora también tenga que establecer una conexión con el cerebelo. Se considera que el cerebelo almacena información sobre secuencias motoras complejas. Pero esta información es más específica de lo que realmente necesitamos en este libro).

Desde ese momento, ese movimiento particular se produce ahora cada vez que empiezo a ponerme los zapatos. Se ha convertido, una vez más, en un "movimiento automático".

Esta desconexión entre mente y cuerpo solo parecía aplicarse a aquellas partes del cuerpo sobre las que el Qi de los canales había estado fluyendo en retroceso. Ahora, pensando en mis pacientes con Parkinson, me surgieron estas preguntas: ¿Esta desconexión entre mente y cuerpo había estado presente durante décadas? ¿Esta conexión mental empezó a fallar cuando la persona empezó a utilizar el modo de pausa? Si es así, eso podría explicar por qué algunas personas que empezaron a usar la pausa en la segunda infancia tenían laxitud grave y falta de respuesta durante la recuperación. Otras, las que no empezaron a usar la pausa hasta la adolescencia o más tarde, tenían menos músculos laxos y sin respuesta durante la recuperación, y la laxitud era de menor duración.

Durante la recuperación de los pacientes, parecía que la causa principal de la laxitud era la ausencia de conexión entre la mente y el cuerpo, y no la atrofia: *en cuanto* se restablecía la conexión entre la mente y el cuerpo en estas áreas, los músculos recuperaban al instante cierto grado de tono, o al menos experimentaban los hormigueos y espasmos que indicaban el retorno de la función muscular. En cuanto se recuperaba la *percepción* saludable de las extremidades *y* su repertorio de movimientos, era como si las conexiones cerebrales de golpe pusieran fin a la inactividad. Los músculos volvían a funcionar de forma espontánea.

No era necesario entrenar en el gimnasio para que los músculos volvieran a funcionar. De hecho, hasta que estos músculos no recuperaban su capacidad de respuesta, intentar utilizarlos en el gimnasio no servía de nada. Ir al gimnasio no servía demasiado.

Una persona podía seguir *dando órdenes* mentales a un músculo laxo para que se moviera de alguna manera, de la misma forma que solía darse órdenes a sí mismo para moverse cuando estaba atascado en la pausa, pero con la pausa y el dominio de la norepinefrina desactivados, no se producía ningún movimiento. Si ocurría algún movimiento, este provenía de los músculos con rigidez antiálgica, los músculos de *los costados* que sirven de "ayuda" cuando otro músculo no funciona correctamente.

Reactivación de los movimientos automáticos

La mejor manera de restablecer la conexión cerebral con las partes del cuerpo que no responden y están laxas resultó ser bastante sencilla: imaginar los movimientos deseados. Si, después de desactivar la pausa, una persona ya no puede levantarse del inodoro, debe pasar el mayor tiempo posible cada día *imaginándose* a sí misma levantándose del inodoro. Mientras lo hace, puede estar recostada de espaldas en el sofá o descansando en una mecedora. Si se imagina *mentalmente* levantándose del inodoro una y otra vez, durante la mayor cantidad de minutos u horas al día posibles, esto parece acelerar *en gran medida* la reconexión mental para el movimiento automático que se imagina.

Mientras una persona utiliza el modo de pausa, no puede *imaginar* estos movimientos. Pero cuando la pausa se desactiva, puede volver a imaginar lo que quiera.

Hoy en día, muchos atletas de alto nivel hacen ejercicios *mentales* con regularidad; *imaginan* que mejoran su rendimiento para, de hecho, poder mejorar. Resulta que los atletas mejoran su rendimiento *más rápido* si se *imaginan* repetidamente haciendo el salto en alto o sus rutinas gimnásticas que si solo practican los saltos o las rutinas *reales*. A principios del siglo XXI, los mejores entrenadores y sus atletas empezaron a utilizar este enfoque contraintuitivo. [70]

"Fuerza consciente"

Por lo general, después de desactivar la pausa, al cabo de unos días, muchos músculos *entumecidos* (*no* rígidos) recuperaban el tono y la capacidad de respuesta habituales, sobre todo los músculos de la cara. Sin embargo, los músculos que habían estado

[70] Un libro que aborda este y otros temas relacionados con los cambios cerebrales es *The Brain that Changes Itself* ("El cerebro se cambia a sí mismo"), del Dr. Norman Doidge, Penguin Books, Nueva York, 2007. Si bien recomiendo *este* libro, *no* aconsejo que lean las obras posteriores de Doidge en las que plantea la hipótesis de que la enfermedad de Parkinson se debe a la pereza mental de las personas. Creó toda una teoría sobre la enfermedad de Parkinson basada en la capacidad de un hombre para seguir moviéndose a pesar de la EP, el cual se fuerza a sí mismo a enfrentar situaciones con una exigencia física alta, incluso peligrosas; de esta forma, reforzaba su debilitado dominio de la norepinefrina. El paciente seguía teniendo síntomas graves de Parkinson, sobre todo cuando, al final del día, terminaba sus desafiantes ejercicios diarios. Está claro que el Dr. Doidge sabía muy poco sobre la personalidad parkinsoniana, la intensidad mental de propósito (¡*no* la pereza!) de la mayoría de las personas con EP y el hecho de que la *mayoría* de las personas con Parkinson se mantienen en movimiento a través de la creación de amenazas mentales. El paciente que daba como ejemplo en su libro representaba más un caso *típico* de EP que un caso único. Pensaba que la historia de este hombre, muy promocionada por él mismo, era única y que servía de ejemplo para que todos los enfermos de Parkinson se mantuvieran en movimiento a pesar del constante empeoramiento de los síntomas. Aun así, disfruté de su libro anterior, el que trataba sobre cómo el cerebro cambia por sí solo en respuesta a comportamientos mentales y ejercicios.

rígidos podían no reanudar la función durante días, semanas o meses. En algunos casos, tardaron *varios* meses.

Empecé a referirme a esta reanudación del tono y la capacidad de respuesta habituales en los músculos que antes estaban *rígidos* como "recuperación de la fuerza *consciente*". Era una reanudación de la fuerza similar a la que obtiene una persona cuando vuelve a estar totalmente despierta después de haber estado en un sueño profundo o en coma.

Cuando una persona apenas despierta de un sueño profundo, siente los músculos laxos. Después, una oleada de consciencia corporal y fuerza recorre los músculos. En algunas personas que se recuperaron del Parkinson, después de desactivar la pausa, la oleada no se producía de inmediato, o solo ocurría en algunos comportamientos musculares, pero no en otros.

Esto *no* era un problema relacionado con la dopamina. *Algunos* de los músculos podían funcionar bien. Estoy segura de que la raíz del problema era una desconexión cerebral en el área de la imaginación motora. Repito: para muchos pacientes, los movimientos aprendidos y coordinados que se habían desactivado al utilizar el modo de pausa durante muchísimo tiempo parecían estar inactivos. Los músculos sobre los que el Qi de los canales había estado fluyendo en retroceso se habían puesto en espera en algún punto, algún lugar, en la secuencia de iniciación de movimientos del cerebro que controla el movimiento automático. El lugar de esa secuencia, según los comportamientos de recuperación, parecía ser el área de la imaginación del movimiento.

Una fase muy difícil

La etapa en la que los músculos estaban laxos era la fase más difícil de la recuperación desde el punto de vista *emocional* para algunas personas. También era difícil en cuanto a lo *físico* porque, durante este período, algunos músculos podían comportarse como si estuvieran hechos de harapos al intentar hacer algún movimiento concreto.

Y lo que era aún más estresante, un paciente podía seguir teniendo rigidez en algunas áreas mientras que en otras tenía laxitud. Por ejemplo, si su lesión en el pie se estaba curando, podía desarrollar laxitud en los músculos de las piernas. Pero si todavía tenía una lesión en el cuello y el hombro sin curar, tal vez incluso una completamente ajena a la causa del circuito del modo de pausa, podía sufrir *rigidez* dolorosa o distonía en el cuello y el brazo, y, al mismo tiempo, una *laxitud* tan fuerte en los músculos de las piernas que apenas se podía mantener de pie. Cuando se producían combinaciones de laxitud y rigidez, a veces, era muy difícil para los pacientes. No tenían ni idea de lo que estaba pasando.

Los que se conformaban con disfrutar o divertirse con el proceso les costaban menos estos cambios. Los que seguían ofuscados por el miedo se angustiaban mucho cuando se presentaban al mismo tiempo estos dos comportamientos musculares opuestos. Algunos volvieron a utilizar el modo de pausa para hacer frente a su confusión y miedo porque les resultaba familiar.

Laxitud en el cuerpo, parte por parte

En los ejemplos siguientes, los pacientes no hacían ejercicios mentales. *No* practicaban ejercicios en los que se imaginaban que los músculos laxos se movían. Estos ejemplos son de los comienzos de mi investigación, y los comportamientos descritos en las secciones siguientes eran espontáneos y no se debían a la imaginación activa.

Por cierto, la asimetría se produce a menudo durante la recuperación de la rigidez. Muchos pacientes han notado que los músculos les provocaban un tirón en el lado izquierdo o derecho a medida que el grupo muscular opuesto se volvía laxo. El grupo muscular *menos* dañado suele ser el primero que empieza a recuperarse: primero, se vuelve laxo primero y empieza a funcionar correctamente, a veces, antes de que el mismo grupo muscular en el lado opuesto del cuerpo empiece a mostrar signos de laxitud.

Laxitud en el cuello

He aquí algunos ejemplos: una paciente experimentó un reblandecimiento de los músculos rígidos del cuello. A los 2 días de que esto le sucediera, no podía mantener la cabeza erguida. Para mantener la cabeza erguida en el trabajo, se colocó una pila de libros de derecho bajo la barbilla para poder leer su documentación jurídica. Pasaron varios días hasta que tuvo suficiente fuerza consciente en el cuello para utilizar los músculos con normalidad.

Otra paciente, una estudiante universitaria, me pidió que le escribiera un certificado médico en el que se explique que no podía dar un examen oral porque, literalmente, no podía mantener la cabeza erguida. No quería decirle al profesor que se estaba recuperando del Parkinson. Creo que solo le había dicho que se había "lastimado" el cuello. Una semana más tarde, podía levantar la cabeza con total normalidad.

Otra paciente en recuperación pasó varios días durante los cuales experimentó tirones en la cabeza hacia el lado derecho. Esto ocurrió cuando los músculos rígidos del lado izquierdo del cuello empezaron a destensarse mientras que los del lado derecho seguían rígidos. Los síntomas de Parkinson se habían manifestado primero en el lado derecho, por eso eran más graves y también tardaron más en curarse. Varios meses más tarde, después de que los dos *lados* del cuello recuperaran un equilibrio saludable, la parte delantera y trasera del cuello se volvió laxa y tuvo la cabeza inclinada levemente hacia delante durante varios días. Después de eso, no volvió a experimentar debilidad en el cuello.

Personalmente, *nunca* noté un momento en el que los músculos del cuello se debilitaran. Solo me di cuenta de que mis músculos del cuello ya no estaban rígidos un día que intenté mirar hacia la izquierda mientras sacaba con cuidado mi automóvil del garaje. En los últimos años, me había acostumbrado a mirar a los lados girando la cabeza *ligeramente* hacia la izquierda, todo lo que podía, y poniendo toda mi fuerza en torcer la columna vertebral. Esto me permitía mirar a los lados.

Cuando, sin darme cuenta, se me aflojaron los músculos del cuello y apliqué la cantidad habitual de fuerza extrema, me encontré mirando *hacia atrás* cuando mi intención era tan solo mirar hacia un lado. Sin apenas hacer algún esfuerzo, hice un giro de casi 120° con el cuello, lo máximo que cualquier persona sana podría ser capaz de girar la cabeza. Junto con mi torsión de columna vertebral enérgica y bien practicada, terminé girando la cabeza unos 180° con respecto a donde había empezado. Tuve que aprender a moderar la fuerza con la que giraba la cabeza para adaptarla a la nueva flexibilidad que tenía en el cuello. Pero la cuestión es que los músculos del cuello nunca habían tenido un problema de laxitud o debilidad.

Laxitud en los tobillos

La laxitud repentina en el área que se encuentra justo por encima y por debajo de los tobillos, a veces, provocaba hinchazón en los tobillos. Este proceso no parecía estar

relacionado con un mal funcionamiento de los riñones ni con ninguno de los problemas habituales que podrían causar la acumulación de líquidos en los tobillos. El problema de base *no* era la acumulación de líquidos en sí. Parecía más bien como si los músculos que se encuentran por encima y por debajo del tobillo se hubieran vuelto demasiado laxos y no presentaran suficiente tensión para hacer que los líquidos subieran por las piernas. Por lo tanto, los líquidos quedaban acumulados en las áreas flácidas de los tobillos. No fue necesario, ni posible, ejercitar esta área para reducir la hinchazón: en cuanto los músculos de esta área volvieron a tener una consciencia saludable entre la mente y los tobillos, estos recuperaron pronto su forma más delgada anterior a la recuperación.

Si la hinchazón del tobillo los asusta, envuelvan con cuidado el tobillo con una banda adhesiva Ace (elástica) hasta que el tono muscular vuelva a aparecer. También pueden elevar las piernas con la mayor frecuencia posible.

Laxitud en las piernas

Las piernas suelen volverse *muy* laxas. Muchos pacientes experimentaron un período en el que las piernas no les respondían y estaban tan laxas que no podían levantarse de la silla o del inodoro. Esta incapacidad para levantarse debido a la laxitud o flacidez de los músculos *era* diferente de la incapacidad anterior del paciente para iniciar el movimiento. Por un lado, el paciente era capaz de *sentir* las piernas, a diferencia de cuando percibían de forma objetiva la poca funcionalidad que tenían.

Solía sentir en los muslos en particular una profunda debilidad, como si fueran un "flan". Los pacientes que se encontraban en fase de recuperación parcial, aquellos en los cuales, *a veces*, el Qi fluía de forma correcta por el canal del estómago, pero la mente seguía siendo muy cautelosa y, por lo general, incapaz de liberar dopamina para la función motora, casi siempre sentían que esta nueva incapacidad absoluta para ponerse de pie cuando estaban sentados era mucho más problemática que su anterior incapacidad para iniciar el movimiento.

Este era un momento que les costaba mucho a las personas que se encontraban atascadas en la recuperación parcial. Antes de recuperarse de la lesión que causó la EP tipo II, el paciente podría haber tenido dificultades para darse cuenta *qué* tenía hacer para mover las piernas. Cuando las piernas se volvían flácidas, seguía sin poder moverlas *y*, además, estaban laxas. Muchos pacientes decidieron, en ese momento, que habían caído en picada. Si se sumían en el miedo e intensificaban el uso del modo de pausa como respuesta, a veces, notaban que la rigidez volvía rápidamente. Lo que significaba que ya no había laxitud. A menudo, se sentían aliviados por esta reanudación del modo de pausa, aunque el resto de sus síntomas de EP empeoraban muchísimo, a veces, muy rápido. El temblor solía volverse mucho más intenso que antes, debido al uso potenciado del modo de pausa.

Sé que ya he hablado de las traiciones de la recuperación parcial. Pero sigo sacando el tema porque fue una parte muy importante de mi experiencia de trabajo con personas que intentaban recuperarse y, además, en verdad quiero que se haga hincapié en este asunto, independientemente de la página en la que una persona abra este libro: deben recuperarse de la EP tipo I *antes* de trabajar en la curación de cualquier lesión que pueda estar contribuyendo a la EP tipo II.

Sin importar si el cuadro haya durado solo unos días o unos meses, la falta de respuesta de las piernas al intentar ponerse de pie era, a veces, la fase más difícil de la recuperación de la enfermedad de Parkinson. Muchos pacientes experimentaban molestias

que los hacían sentir humillados: necesitaban ayuda para ducharse y para ir al baño. Esta fase era agotadora para algunos cuidadores, sobre todo, para los de edad avanzada. Esta fase fue en la que muchos pacientes en recuperación empezaron a dudar de la sensatez de intentar recuperarse.

Con el tiempo, me di cuenta de que los pacientes que podían sentir e *imaginar* el movimiento de las piernas superaban con más rapidez esta fase: las piernas flácidas empezaban a recuperar su firmeza en unos días o unas semanas. Los que estaban en recuperación parcial, que seguían utilizando la pausa autoinducida y, por lo tanto, eran incapaces de *imaginar* el movimiento de las piernas, a veces, se encontraban atascados en esta fase de forma indefinida, hasta que decidían que *no* podían recuperarse, tras lo cual, *aumentaban* por miedo el uso del modo de pausa, se volvían a poner rígidos y podían volver a utilizar las piernas de forma similar a cuando tenían EP.

Los pies pegados al suelo con las piernas rígidas o laxas

La incapacidad para levantar las piernas debido a la laxitud de los músculos en la región anterolateral del muslo durante la recuperación era *diferente* del síntoma parkinsoniano de "pies pegados al suelo". Los pies de los pacientes pueden pegarse al suelo aunque las piernas estén rígidas *o* laxas.

Esta sensación de tener los pies pegados al suelo en la enfermedad de Parkinson puede deberse a una aberración en el flujo del Qi de los canales provocada por una lesión en el pie *o* a un patrón eléctrico particular en los pies que se *supone* que se activa durante la pausa: un patrón eléctrico que, cuando es grave, puede hacer que una persona se sienta que está pegada al suelo *como un imán*. Incluso uno puede sentir que el pie es "absorbido" por el suelo. Estas sensaciones se deben a corrientes eléctricas en la planta del pie que hacen "conexión a tierra" con el suelo en lugar de fluir hacia la parte interna del tobillo.

La *laxitud* en las piernas también puede dificultar el levantamiento de los pies. Esta situación *no* se siente como si los pies estuvieran pegados, adheridos como un imán o succionados por el suelo. Este tipo de sensación de tener los pies pegados al suelo solo se siente como si las piernas estuvieran demasiado laxas para levantar el pie.

Mientras se recupera del Parkinson, una persona que *solía* sentir que tenía los pies pegados al suelo como un imán debido a la pausa puede descubrir que ahora los pies están pegados al suelo porque no puede *imaginar* cómo movía las piernas *antes* de desarrollar la EP.

Laxitud en el tronco

Muchos pacientes, a menudo mucho antes de que se los diagnostique, notaron una mayor dificultad para darse vuelta en la cama. Un hito de la recuperación solía ser el *cambio* en la forma en que el paciente se daba vuelta en la cama.

Por lo general, a medida que el Parkinson empeora, un paciente recostado boca arriba puede necesitar darse vuelta en la cama de la siguiente manera: acerca las rodillas al pecho y lleva la cabeza hacia delante, como si estuviera en posición fetal. A continuación, con un fuerte movimiento, sacude todo el cuerpo, como si fuese un bloque rígido, hasta quedarse de lado. A medida que la enfermedad de Parkinson evoluciona, puede necesitar ayuda para realizar esa sacudida: por lo general, el cónyuge le da un fuerte empujón.

En los pacientes en recuperación, los músculos rígidos del tronco se vuelven laxos. Los pacientes son *incapaces* de ponerse en posición fetal. En su lugar, solo pueden tumbarse flácidos o laxos en la cama.

Puede que a un cónyuge sano no le resulte demasiado difícil empujar de un lado a otro a una persona con EP que está rígida y en posición fetal. Es *mucho* más difícil para el cónyuge mover a una persona que tiene los músculos laxos, cuyo cuerpo se comporta como un peso muerto.

Queda claro que esta laxitud al intentar darse vuelta en la cama *no* era característica del Parkinson, una enfermedad que se caracteriza por la rigidez en el tronco. Sin embargo, la nueva incapacidad absoluta para darse vuelta en la cama, a menudo, convencía a los pacientes de que estaban mucho peor que antes.

Aquellos con una actitud curiosa y positiva y con capacidad para sentir sus músculos pudieron darse cuenta de que tener el tono muscular flácido era un cambio en la dirección correcta. Algunos pacientes afirmaron sentir placer por la nueva percepción de la sensibilidad en los músculos del tronco y las extremidades, ya sea que estuvieran laxos *o* fuertes. Hasta entonces, se habían acostumbrado a sacudirse rápida y eficazmente sin *notar* las sensaciones somáticas creadas por estos movimientos. Empezaron a valorar la nueva forma de moverse: percibir las sensaciones internas que el movimiento lánguido transmitía al corazón y a la mente.

Con el tiempo, estos pacientes lograron darse vuelta en la cama.

Recuerdo la forma en que logré darme vuelta en la cama después de que los músculos del tronco se volvieran laxos. Empezando por el hombro, conseguí arrastrar muy lentamente un brazo laxo en la dirección en la que quería darme vuelta en la cama. Luego, de forma suave y gradual, arrastré una pierna en la dirección en la que quería girarme. Moví muy despacio la cabeza hacia un lado. Poco a poco, moviendo una parte del cuerpo a la vez, logré girar hacia un lado el peso suficiente para que las caderas siguieran a los brazos, las piernas y las extremidades, y me eché despacio sobre mi otro lado.

Incluso con este giro "en cámara lenta" para darse vuelta, algunos pacientes necesitaban ayuda para girar las caderas hasta que recuperaban la fuerza consciente en los músculos del tronco que se utilizan para girar las caderas. Pero con el tiempo, estas personas aprendieron a darse vuelta *lánguidamente*, un estilo de movimiento que muchos de ellos *no* habían utilizado desde la infancia.

Por el contrario, como ya se habrán dado cuenta, los que se encontraban en fase de recuperación parcial solían *aterrorizarse* si el cuerpo se volvía laxo en respuesta a la curación de la lesión mientras la mente seguía en pausa. Cuando el cuerpo se volvía laxo y tenían aún menos capacidad para darse vuelta en la cama, tarde o temprano, aumentaban el grado de modo de pausa autoinducida que habían estado utilizando. En sus mentes, se imaginaban cada vez más, día y noche, los peores escenarios; sus temblores a veces se volvían más violentos, su lentitud era cada vez peor y su rigidez se volvía muy tensa y dolorosa, lo que, al menos, hacía que la laxitud desapareciera.

Parecía como si sus cuerpos estuvieran pasando por los movimientos de curación de la lesión en el pie, lo que les generaba *algunos* síntomas de recuperación. Debido a que todavía estaban utilizando la pausa autoinducida y tenían una mentalidad de suma cautela, los síntomas de recuperación los aterrorizaban de un modo que superaba la lógica. Por lo tanto, pronto aumentaron el *grado* en que utilizaban la pausa autoinducida. Ya sé que estoy

siendo redundante. *En verdad* quiero que quede claro que la recuperación parcial es peor que la mera enfermedad de Parkinson.

Laxitud en la espalda

Muchos pacientes que se encontraban en la recuperación tenían laxitud en la espalda, lo que hacía que el tronco se inclinara hacia delante; de modo que la cabeza les colgaba por delante, a veces, casi hasta las rodillas. Este cuadro solía curarse bastante rápido, como respuesta a enderezarse varias veces.

Al principio de mi investigación sobre el Parkinson, dos pacientes que se estaban recuperando *no* lograron curarse de este cuadro con tanta rapidez. Eran totalmente incapaces de mantenerse erguidos. Podían ponerse de pie durante unos instantes, pero en menos de un minuto volvían a doblarse hasta la cintura, con la cabeza a la altura de las rodillas. Además, parecían haber perdido todo su impulso y enfoque. Ambos habían estado tomando medicamentos antiparkinsonianos.

En estos dos casos, no supe cómo tratar de forma eficaz esta situación. Ambos pacientes vivían lejos: uno en la costa opuesta a donde vivía yo y el otro en Europa. Solo los vi unas pocas veces. Ojalá hubiera tenido más oportunidades de trabajar con ambos.

A medida que aprendía más sobre los otros canales, no solo el canal del estómago, que intervienen en el modo de pausa, formulé la hipótesis de una causa de esta patología muy poco frecuente. Ahora, mi suposición es que puede haber habido una inhibición de las glándulas suprarrenales *y* de la zona lumbar debido a que el canal de la vejiga urinaria (UB) sale del cuerpo justo por encima del UB-11, por lo que no proporciona energía a los músculos de la espalda *ni* a las glándulas suprarrenales. Desde entonces, he llevado a cabo un proyecto de investigación que demuestra que las personas con una función suprarrenal mínima suelen tener un fallo en algún punto del canal UB, lo que provoca que el Qi del canal UB no llegue lo suficientemente abajo en el cuerpo como para activar la liberación de adrenalina y la función muscular en la zona lumbar.

La forma en que mis pacientes se desplomaban y perdían la postura de forma repentina era tan extraña que me sentí aliviada al darme cuenta que en las fotos y descripciones de Oliver Sacks en su libro *Despertares* existía este mismo problema postural en uno de sus pacientes (consulten la nota al pie de página de la pág. 33).

En la paciente del Dr. Sacks, este tipo de postura con la espalda doblada se produjo, casi de la noche a la mañana, en una de sus pacientes con encefalitis letárgica después de que se le administraran dosis elevadas de L-dopa (dopamina). Sospecho que sus dosis extremadamente elevadas de L-dopa (miles de miligramos al día) pueden haber causado un cambio del modo de sueño crónico al modo parasimpático.

Es tan solo una suposición, pero esta reactivación del modo parasimpático a través de la L-dopa podría haber puesto al descubierto una aberración del Qi del canal UB, que estaba impidiendo la activación de los músculos de la zona lumbar, una aberración que no era significativa mientras la persona con encefalitis letárgica estaba "durmiendo".

Si no hubiera sido por la documentación fotográfica del Dr. Sacks de esta paciente, me hubiera costado creer que, en respuesta a la desactivación de la pausa, dos de mis pacientes empezaron a tener laxitud en la zona lumbar, lo que les provocaba una postura con la espalda doblada, que no se rectificó.

El canal de la vejiga urinaria no fluye correctamente

En cada instante, la cantidad de Qi del canal UB refleja el grado de modo simpático que una persona está utilizando en ese momento. Incluso una persona sana, satisfecha y feliz, mientras está despierta, utiliza *cierta* cantidad de función del canal del modo simpático para estar animada. El uso del modo parasimpático en su estado casi puro ocurre cuando uno está altamente consciente, en perfecto estado de salud y con el cuerpo y la mente *inmóviles*, como ocurre en la meditación de enfoque en un solo punto. Mientras se está en el modo de sueño, el canal UB está casi cerrado, y fluye con una cantidad mínima de Qi.

Si se presenta esta situación de falta de energía en la zona lumbar, el paciente puede examinar mentalmente los patrones de flujo del Qi de los canales UB y del riñón o pedir a otra persona que palpe el Qi de los canales UB y del riñón. Es probable que haya un punto a lo largo de uno de estos dos canales en el que el flujo del Qi parezca detenerse o fluir fuera del cuerpo.

Si el problema es que el Qi fluye fuera del cuerpo justo por encima del UB-11, el paciente debe imaginar en su mente que el flujo de ese canal desciende por el cuello y *se mantiene debajo de la piel* hasta la parte posterior del tronco. A veces, se obtienen resultados inmediatos. Otras veces, la persona tiene que repetir este ejercicio mental varias veces al día, durante varios días, o durante semanas, hasta que vuelve a su recorrido habitual de forma permanente.

Si el canal UB se detiene o fluye hacia los costados desde algún lugar distinto del UB-11, puede ser necesario un tratamiento Yin Tui Na (en caso de lesión) o una reconstrucción mental del canal en ese lugar (en caso de hábitos mentales). Esta reconstrucción mental puede hacerse imaginando el patrón de flujo correcto una y otra vez, hasta que el patrón de flujo sano se estabilice. En el Apéndice II, figura un mapa del recorrido correcto del canal UB.

En unos pocos casos, la derivación de la parte posterior de la rodilla desde el UB-40 hasta el Ki-10 no funciona. Hay más información sobre este tema en *Tracking the Dragon*, en el capítulo sobre el modo simpático.

Si un amigo aprende a percibir el Qi o un acupuntor local está familiarizado con la teoría de los canales (poco probable), puede ayudar a rastrear el canal UB del paciente, encontrar dónde fluye fuera del cuerpo o hacia los costados hasta otro canal, y luego mostrar al paciente dónde esto sucede. A continuación, el paciente deberá imaginar que el canal UB vuelve a fluir en el sentido correcto.

Trabajar junto con el médico cuando aparece la laxitud

A veces, las personas que se encontraban en medio de la laxitud acudían al médico para preguntarle: "¿qué diablos está pasando?". A veces, les decían durante esta visita a mitad de la recuperación que era evidente que nunca habían tenido la enfermedad de Parkinson en primer lugar: lo que *en realidad* tenían era atrofia multisistémica. Aunque la atrofia multisistémica (AMS) es una enfermedad *extremadamente* rara, recuerdo un período de un mes en el que a tres de mis pacientes con Parkinson en recuperación se les cambió el diagnóstico a AMS.

En los casos en que el médico estaba menos informado, se decidió de forma errónea que en, en algunas personas, la *laxitud* en las piernas y/o en el tronco, y no la rigidez, era el síntoma principal de la enfermedad de Parkinson. O el médico cambió el diagnóstico a

"parkinson*ismo*" (un término muy amplio), o incluso a "parkinsonismo *atípico*" (un término más amplio aún y *sumamente* ambiguo), y lo dejó así.

La atrofia multisistémica es un síndrome *muy* raro en el que los músculos de una persona se vuelven cada vez más laxos y débiles. No está relacionada en modo alguno con la enfermedad de Parkinson. Pero si el paciente recordaba a su médico que, antes de entrar en un programa de recuperación, había tenido problemas de *rigidez*, no problemas de laxitud, el médico podía ignorar estas afirmaciones. Otros médicos explicaban, con aire de superioridad, al paciente en recuperación que siempre es difícil obtener un diagnóstico preciso al principio. Según la experiencia de mis pacientes, ningún médico cambió de opinión sobre la AMS cuando se le informó que el paciente había experimentado *rigidez* antes de la laxitud. Y cuando la laxitud en la recuperación desaparecía, el diagnóstico se cambiaba a neurosis o psicosis.

Era difícil para los pacientes estar seguros de cuáles habían sido sus propios síntomas cuando sus médicos les decían que, después de todo, nunca habían tenido Parkinson. Uno de los primeros pacientes que recibió el diagnóstico alterado de atrofia multisistémica fue el neurólogo mencionado en el capítulo anterior (aquel cuya erupción con enrojecimiento se extendía hasta el muslo). Cuando empezó a estar flácido como una gelatina, le pidió a su médico que le haga una evaluación. Su neurólogo le dijo que nunca había tenido Parkinson, sino que había tenido atrofia multisistémica desde el principio. Mi paciente también era neurólogo. Sabía a la perfección que los síntomas que había experimentado con anterioridad *no* eran característicos de la atrofia multisistémica. Sus síntomas *habían* sido los del Parkinson.

Aun así, cuando su colega le dijo que tenía atrofia multisistémica, decidió que ya no podía confiar en su propio juicio (probablemente era cierto: su lucidez mental se había nublado mucho debido a sus medicamentos antiparkinsonianos). Estaba dispuesto a aceptar que su diagnóstico de EP *había* sido erróneo a pesar de que, como neurólogo, en un principio había coincidido en todo con su diagnóstico de EP.

La primera vez que ocurrió esto, me sorprendió. La EP y la AMS son enfermedades *muy* diferentes. Después de que esto sucediera varias veces, me di cuenta de nuevo de la dificultad que tienen los médicos para aceptar la idea de que una persona puede tener la enfermedad de Parkinson y recuperarse de ella.

Ahora, les digo a los pacientes que si antes *tenían* rigidez y los síntomas habituales del Parkinson, pero, al recuperarse, se quedan laxos y sus médicos les dicen que les dieron un diagnóstico erróneo y que lo que han tenido todo el tiempo es atrofia multisistémica, es el momento de celebrarlo: ya no tienen la enfermedad de Parkinson. Y con toda probabilidad, *a pesar* de lo que diga el médico, tampoco tienen atrofia multisistémica. A veces, en lugar de AMS, a un paciente en recuperación se le ha cambiado el diagnóstico a parálisis supranuclear progresiva (PSP). Las observaciones anteriores sobre el nuevo diagnóstico de AMS también son válidas para el nuevo diagnóstico de PSP.

Los partes médicos no son lo suficientemente detallados

Veía a la mayoría de mis pacientes cada semana, durante una hora. Tomaba notas muy detalladas de sus síntomas. En general, esperaban el mismo nivel de interés y detalle de sus médicos. Con frecuencia, tenía que señalar a mis pacientes que *no* era razonable esperar que un neurólogo o cualquier otro médico, que podría no haber visto al paciente con EP durante 6 meses, lo examinara de manera rápida y decidiera si sus síntomas habían

cambiado con respecto a su estado original: la mayoría de los médicos no toman notas lo suficientemente minuciosas como para poder decir si los síntomas de una persona han cambiado de forma significativa, y el recuerdo de una visita de 15 minutos, 6 meses antes, nunca suele ser preciso. El médico solía hacer un diagnóstico de Parkinson basado en un cuadro general de lo que parecía estar ocurriendo después de haber descartado, mediante una gammagrafía cerebral, un tumor cerebral y un accidente cerebrovascular. Puede que *ni* siquiera haya anotado en su historia clínica los síntomas exactos o la localización exacta de los síntomas que presentaba el paciente. Sus notas podrían limitarse a unos términos generales como "temblor, rigidez, fenómeno de la rueda dentada, falta de expresión facial". Puede que ni siquiera mencione la localización *exacta* o la gravedad de los síntomas.

Por lo tanto, si un paciente recupera el 75 % de la expresión facial, pero todavía se le mueve un poco hacia abajo una comisura de la boca, el médico puede mirar esa comisura de la boca y decir: "Sigue teniendo falta de expresión facial". El médico no tendrá forma de recordar que el cuadro solía ser mucho peor.

Tuve pacientes que habían perdido la voz a causa de la EP, pero que, luego, recuperaron la capacidad de hablar; que habían estado inexpresivos, pero habían recuperado la capacidad de sonreír; y que habían perdido el uso de las manos, pero lo habían recuperado. Esperaban con impaciencia poder verle la cara de sorpresa a los médicos, pero lo único que estos les decían en sus siguientes visitas semestrales era que "nada había cambiado".

Si señalaban estos cambios obvios a sus médicos, estos les solían responder algo como: "Hoy tienes un buen día". En el caso de un paciente que nunca había tomado medicamentos antiparkinsonianos en los 3 años transcurridos desde su diagnóstico, el médico le dijo: "Me alegra ver que los medicamentos por fin empiezan a hacer efecto".

También recordé a mis pacientes que es probable que los médicos estén acostumbrados a ver pacientes *medicados*. En estos casos, el médico *esperará* que el paciente tenga una mejor movilidad en las siguientes visitas durante el primer o segundo año, gracias a la medicación. Por lo tanto, puede que no se sorprenda al ver que el paciente mejora un poco la movilidad: es a lo que está acostumbrado. Incluso si se le recuerda que el paciente *no está* tomando los medicamentos antiparkinsonianos recetados, es posible que no se percate de su importancia.

Un paciente en recuperación le señaló al viejo doctor Dorosin, su médico durante 20 años, que había vuelto a prepararse la comida después de *años* sin poder utilizar en absoluto sus manos arrugadas *y* que ya no utilizaba un andador, que había necesitado durante varios años. Este le respondió: "Sus síntomas no están empeorando igual de rápido que antes: ¡seguro que su esposa lo está cuidando bien!".

Una aceptación de la recuperación

Según mi experiencia, ningún médico, salvo en una hermosa excepción, estaba dispuesto a decir que un paciente se estaba recuperando del Parkinson. En un único caso, un *grupo* de médicos declaró de forma oficial, por razones políticas, que una persona "podría haberse recuperado de la enfermedad de Parkinson".

Se trataba de una jueza francesa de alto nivel (una jueza federal). El motivo de la declaración era el siguiente: como sus síntomas de Parkinson estaban remitiendo, se enfrentaba a un nuevo diagnóstico, un diagnóstico de psicosis. Desde el punto de vista de sus médicos, la única razón posible por la que podría haber mostrado previamente síntomas "falsos" de la enfermedad de Parkinson durante varios años sería que hubiera estado

sufriendo un episodio psicótico todo ese tiempo. Sin embargo, *si* se cambiara su diagnóstico a "episodio psicótico", o parkinsonismo psicógeno, era obvio que no podría seguir en su puesto de jueza. Los psicóticos no pueden ser jueces.

La paciente me pidió que la aconseje. En aquel momento, trabajaba con los mejores neurólogos de París. Le recomendé que le dijera a los médicos, con toda sinceridad, que yo tenía algunos pacientes en Alemania que se estaban recuperando, y que los pacientes alemanes estarían más que contentos si las primeras recuperaciones europeas del Parkinson se produjeran en Alemania y no en Francia. Cuando la paciente presentó esta información a su equipo de médicos, su diagnóstico cambió a "posible recuperación del Parkinson" y se le permitió seguir trabajando.

Algunos médicos curiosos

A decir verdad, debo confesar que algunos médicos me han dicho cosas como: "Tu caso es desconcertante", "Habría esperado que ya estuvieras mucho peor" e incluso "Tus otros síntomas han desaparecido. Si no fuera por ese brazo que todavía no se balancea [o cualquier otro síntoma que quedara, que, a menudo, eran problemas relacionados con la distonía y no síntomas reales del Parkinson], parecería como si en realidad no tuvieras la enfermedad de Parkinson". Pero estos comentarios, aunque muestran cambios y mejoras, no son afirmaciones sobre la reversibilidad del Parkinson. Más bien sugieren que el médico estaba considerando un cambio en su diagnóstico original: el paciente había recibido un diagnóstico erróneo.

Un paciente no debe esperar que su neurólogo detecte síntomas de *recuperación* y se dé cuenta de que son lo contrario de los síntomas de la EP. Si los músculos se vuelven laxos, el médico solo se da cuenta de que los problemas de la persona son peores que antes. Los médicos están capacitados para centrarse en lo que está *mal*. Si a un paciente se le ponen laxos ciertos músculos, el médico se centra en eso. El médico, a menudo, decía, con precisión, que en términos de movimiento un paciente que pasaba por la fase de laxitud en la recuperación estaba mucho peor que antes.

Confiar solo en el médico

Muchas personas, incluso cuando era claro que se habían recuperado, confiaban más en los diagnósticos de sus médicos que en sus propias observaciones personales. Por el contrario, algunos de mis pacientes que habían logrado desactivar la pausa solían ignorar todo el tema de los médicos. Su nueva actitud se expresaba en frases como: "¿Quién demonios son ellos [los médicos] para decirme que tengo una enfermedad incurable? ¡Qué idiota fui al dejarme influenciar emocionalmente por ellos! ¿Por qué me creí sus historias? No lo saben todo".

Estas personas habían llegado a *sentir* los cambios que se estaban produciendo en su interior, y no tenían por qué confiar en la opinión de ningún extraño sobre si estaban mejor o no. De hecho, me sorprendió un poco el nivel de enfado, incluso de repugnancia, que muchos pacientes recuperados sentían por sus médicos cuando se daban cuenta de que estos podían equivocarse. Los médicos son humanos. Sus actitudes y expectativas reflejan su formación.

Duración de la laxitud en los músculos

El tiempo necesario para recuperar la función de los músculos laxos varía de una persona a otra y de un grupo muscular a otro. Ya sabían que iba a decir eso. Cuando trabajaba en la edición de 2012 de este libro, a uno de mis muchos correctores le molestaron las redundancias que introduje en estos capítulos sobre los síntomas de recuperación, redundancias como "el tiempo necesario para la recuperación variará".

Sin embargo, otro de los correctores que había estado en el Equipo de tratamiento del Parkinson (que se disolvió en 2013, por las razones que antes se señalaron) dijo: "Me alegro mucho de que empieces a ser redundante con las partes más importantes. Muchos de nuestros pacientes se han resistido *tanto* a las ideas clave que necesitan oírlas una y otra vez. Muchos ni siquiera entienden principios como 'cada recuperación es diferente' hasta que lo han oído veinte veces".

Resumen

Algunos pacientes tuvieron los músculos laxos y sin respuesta durante unas horas o días, una semana o incluso unos meses. Cuando eran capaces de *imaginarse* sin esfuerzo a sí mismos moviendo la parte del cuerpo que estaba laxa, esta solía recuperar la función completa con bastante rapidez. Los músculos en los que esto ocurría solían ser los que antes estaban rígidos: a lo largo del canal del estómago, entre la mandíbula y la parte superior del pie, o a lo largo del canal del intestino grueso, entre el cuello y la muñeca. Los músculos de la zona lumbar, a lo largo del canal UB, también eran propensos a sufrir un período de inaccesibilidad y laxitud grave.

No se trataba de debilidad en sí: los músculos no necesitaban *fortalecerse*. Había que volver a conectar los nervios que unían la imaginación con los músculos.

Capítulo veintisiete

Síntomas de recuperación: discinesia

Discinesia significa literalmente movimiento "incorrecto". La discinesia puede referirse al movimiento que se produce de forma espontánea, que no ha sido iniciado *de manera consciente*.

En el ámbito del Parkinson, el término "discinesia" casi siempre se refiere a los movimientos involuntarios que se producen en respuesta a cantidades excesivamente altas de medicamentos antiparkinsonianos. Cuando las cantidades de dopamina en el cerebro son excesivas, el cuerpo puede hacer que se agiten de forma violenta los brazos, sacudir la cabeza e incluso realizar movimientos salvajes con el tronco y la cabeza que pueden hacer que la persona se choque contra la pared o el suelo. También pueden producirse movimientos menos perceptibles, como tics y espasmos, muecas faciales y fasciculaciones en las manos o los pies. Existen otros movimientos discinéticos causados por la sobremedicación que pueden no ser fugaces, como calambres musculares insoportables que pueden durar varios minutos. El *temblor* no se considera discinesia.

La discinesia *no* forma parte de la enfermedad de Parkinson clásica, idiopática y *no medicada*. Si uno no está tomando medicamentos antiparkinsonianos, *no* tiene discinesias de tipo parkinsoniano.

La distonía, como ya se ha comentado, es más bien un problema de músculos "bloqueados", como la rigidez constante de un músculo que provoca un tirón en un lado del cuerpo todo el tiempo, o durante situaciones específicas, como al caminar o al estar acostado en la cama. Técnicamente, dado que "distonía" significa "*cantidad* incorrecta de tono muscular", este término podría aplicarse, en teoría, a un músculo con un tono *insuficiente*. Sin embargo, en el Parkinson, el uso habitual de esta palabra hace referencia a un nivel *excesivo* de tono muscular en algún músculo o grupo de músculos: un músculo que provoca un tirón muy *fuerte*, de modo que impide la relajación normal en ese músculo.

Durante la recuperación, cuando la imaginación motora que ha estado inactiva durante mucho tiempo empieza a activarse, los músculos de los canales del estómago y del intestino grueso y, a veces, los del canal UB pueden comportarse de forma discinética durante un breve período. A diferencia de las discinesias violentas y dolorosas que ocurren a causa de la sobremedicación, la discinesia en la recuperación es leve; solo se produce cuando la persona se está relajando y se siente segura, e incluso puede ser algo agradable. Los músculos pueden empezar a realizar movimientos o contracciones musculares espontáneos, sin esfuerzo, a menudo, sutiles y repetitivos, *sin recibir ninguna instrucción consciente*. Estos movimientos pueden durar hasta 20 minutos por episodio, una o más veces al día, y pueden ocurrir en un solo músculo o en grupos musculares hasta que se restablece la función completa entre el cerebro y el músculo o los grupos musculares.

Movimiento espontáneo

Los episodios de discinesia durante la recuperación pueden ser agradables, ya que son todo lo contrario de los movimientos forzados y complicados del Parkinson. Se producen cuando el músculo que antes estaba rígido *o* entumecido empieza a recibir de

nuevo señales nerviosas motoras "automáticas" impulsadas por la dopamina. Cuando esto ocurre por primera vez, la coordinación muscular suele ser deficiente, incluso un poco espástica, al principio.

Cuando el cerebro empieza a conectarse con estos músculos, de modo que el paciente en recuperación puede *sentir* somáticamente su existencia e imaginar que se mueven, a menudo, el movimiento es imperfecto, incluso inmaduro: estos movimientos musculares suelen parecerse a los que hace un bebé. Un bebé sonríe y hace muecas asimétricas mientras aprende a utilizar sus músculos faciales. Golpea, con alegría y sin parar ni poder evitarlo, una cuchara en la bandeja de la silla para bebés mientras aprende a utilizar el brazo. Estos mismos movimientos podrían producirse en un adulto después de desconectar el circuito de pausa o pseudopausa que había estado utilizando durante mucho tiempo.

Llamé a este movimiento espontáneo, por lo general, suave e involuntario, "discinesia en la recuperación".

Algunos episodios de discinesia en la recuperación son contracciones musculares o espasmos espontáneos y *puntuales* en un músculo que antes no respondía, seguidos de un control perfecto de la consciencia. Por ejemplo, después de la única vez que pude levantar la pierna derecha de forma espontánea y colocarla sobre la rodilla izquierda, este movimiento no volvió a ocurrir de forma espontánea, es decir, *por sí solo*, sin una iniciación consciente. Después de eso, podía realizar ese movimiento concreto de forma automática, mientras que antes tenía que levantar esa pierna con las manos.

A veces, los episodios de discinesia en la recuperación eran repetitivos: flexiones y extensiones suaves de un solo músculo o grupo muscular, repetidas algunas veces, o cien veces o más, todos los días durante unos días o meses.

No hay que confundir la discinesia en la recuperación con el movimiento rítmico del *temblor* del Parkinson. El temblor del Parkinson, ya sea el temblor en reposo de los dedos, el temblor de los brazos, las piernas o la barbilla, o el "temblor amplificado" que sacude todo el cuerpo, siempre está en su peor momento cuando la persona con Parkinson está estresada o pensando en algo que la preocupa, y disminuye cuando se relaja o se adormece.

En cambio, la discinesia en la recuperación se produce cuando la persona está relajada y se siente segura. En mis pacientes, ocurría con más frecuencia cuando estaban viendo la televisión por la noche o acostados antes de quedarse dormidos.

Otra distinción es que el temblor del Parkinson suele ser algo molesto para la persona que lo experimenta, mientras que la discinesia en la recuperación suele describirse como una experiencia agradable, incluso divertida.

Por último, los movimientos en sí son diferentes: el temblor del Parkinson suele ser un movimiento rítmico y predecible de vibración o sacudida, mientras que la discinesia en la recuperación, como leerán en las próximas secciones, es más como si los músculos se ejercitaran suavemente. En algunos pacientes, la discinesia en la recuperación es solo un evento fugaz que ocurre una o unas pocas veces. Algunos pacientes en recuperación *no* tienen episodios de discinesia en la recuperación.

Ejemplos de discinesia en la recuperación

Describiré solo algunos ejemplos de discinesia en la recuperación. No puedo describir *todos* los casos y tipos de discinesia en la recuperación que he visto o que me han descrito pacientes asombrados.

Movimiento en los dedos de los pies

La discinesia en la recuperación puede aparecer en los dedos de los pies, poco después de la recuperación de la sensibilidad. Una vez que mejoró la circulación en los dedos y desapareció el hormigueo, algunas personas han pasado por una fase muy breve en la que los dedos de los pies se movían y se estiraban de forma espontánea. Era como si los dedos se movieran o "quisieran" moverse sin instrucciones conscientes: se movían "por sí solos".

Los pacientes decían que *podían* inhibir el movimiento de los dedos si querían. Pero, para variar, les resultaba más agradable *no* involucrarse de manera consciente y dejar que los dedos se expresaran por sí solos. Incluso si los dedos sufrían un leve calambre, movían a moverse por sí solos rápidamente.

Movimiento en los músculos faciales

Cuando los músculos faciales de los pacientes, inactivos durante mucho tiempo, empezaron a funcionar, las nuevas expresiones faciales eran mucho más evidentes que los movimientos espontáneos de los dedos de los pies. Las contorsiones faciales fugaces, a menudo, se parecían a las de un bebé que aún no puede controlar la cara.

Cualquiera que haya pasado tiempo con un bebé sabe que pueden hacer expresiones faciales bastante cómicas. Sus músculos faciales no funcionan de forma coordinada durante las primeras semanas de vida. Estos mismos tipos de movimientos característicos de los bebés, irregulares, espontáneos o incluso espásticos de los músculos faciales pueden producirse cuando los nervios faciales de los pacientes con EP en recuperación vuelven a funcionar después de haber estado inactivos.

He extraído la siguiente frase de una columna de consejos sobre bebés, www.thebump.com: "Solo debes preocuparte si tu bebé *no* muestra contracciones espasmódicas o movimientos espásticos…".

Algunos pacientes, que están en dudas sobre intentar recuperarse o no, tienen miedo de hacer una cara tonta en público y no poder controlarlo, y se preguntan si vale la pena correr el riesgo de recuperarse. Repito, la mayoría de los episodios de discinesia en la recuperación suceden en casa, mientras la persona se relaja frente al televisor o mientras se duerme. Nadie ha experimentado tics faciales mientras daba una presentación en el trabajo. Parece que el cuerpo solo disfruta de la libertad de explorar nuevas funciones musculares mientras la persona se encuentra en un grado relativamente alto de modo parasimpático: siempre o dondequiera que esté segura y relajada.

Recuperación de los músculos faciales: un ejemplo de "seguridad"

Durante mi propia recuperación, después de experimentar todo tipo de pequeños tics y espasmos faciales fugaces durante 2 meses, tuve un gran momento de "recuperación facial" mientras disfrutaba de una comida poco habitual en un restaurante elegante con mi hija. Estábamos sentadas en el patio de la terraza, el sol tibio brillaba y las dos nos estábamos riendo.

Yo estaba muy tranquila. De repente, todo el lado derecho de mi cara sufrió un fuerte espasmo. Se me cerró el ojo derecho, los músculos de la mejilla derecha se me hincharon y el lado derecho de la boca se me acercó al ojo. En el lado derecho de la cara, *todos* los músculos que deberían utilizarse para sonreír se activaron a la vez, con todas sus fuerzas. Estos músculos aún funcionaban con cierta torpeza y no habían trabajado juntos como una unidad en, al menos, 10 años.

Mientras los músculos se bloqueaban en un potente espasmo durante más de un minuto, el cual me molestó e inmovilizó el lado derecho de la cara, terminé de decir lo que estaba diciendo solo con el lado izquierdo de la boca.

Mi hija respondió y seguimos charlando. Después de que el tic facial se prolongara durante lo que me pareció un minuto entero, mi hija dijo: "Mamá, creo que esa 'cara' *no* te queda muy bien", y las dos estallamos en carcajadas.

Al cabo de unos instantes, el espasmo desapareció. Una nueva sensación de calor y poder me invadió los músculos de las mejillas y la piel de la cara. A partir de entonces, tuve un aspecto mucho más expresivo en la cara y pude sentir mejor la brisa y el sol que me besaba suavemente la piel de la cara. Después de eso, no volví a tener episodios de discinesia facial.

He elegido esta anécdota como ejemplo porque muchos pacientes tienen miedo de tener un síntoma obvio de recuperación en un momento o lugar "inadecuados", como cuando están en público o delante de alguien que los juzga. Lo que quiero decir aquí es que, si la persona se siente segura, no le importará si le aparece un tic facial en público. Pero si la persona se encuentra en una situación que la cohíbe, *no* se sentirá segura. Por lo tanto, es poco probable que experimente un espasmo de recuperación en ese entorno.

Los pacientes solo experimentaban síntomas de recuperación cuando se sentían seguros. La ubicación, en sí misma, no hacía que un lugar fuera seguro o no. Lo que hacía que un lugar fuera "seguro" era la actitud del paciente.

Un estiramiento repentino del brazo

Una paciente en recuperación estaba tocando el piano cuando, de repente, de una manera muy sutil, el brazo derecho se estiró hacia un lado y se extendió hasta las teclas del extremo superior del teclado. Al cabo de un momento, el brazo volvió a su posición anterior. Sucedió varias veces aquella tarde y no volvió a repetirse. *No* se trató de un calambre muscular. El movimiento había sido sutil, pero, a la vez, potente y completamente inesperado.

El movimiento de giro en el cuello

Otra paciente, que no había sido diagnosticada por un médico y que, por lo tanto, *no* sabía que se estaba recuperando de Parkinson en fase inicial (nunca se lo dije) y *no* conocía los síntomas de recuperación, estaba cantando en el coro cuando los músculos le provocaron un tirón, no doloroso pero potente, en el lado izquierdo de la cabeza. Se encontró mirando fijamente a la persona que tenía al lado. La persona de al lado le devolvió la mirada.

"Tengo un calambre en el cuello" —explicó. Al cabo de un segundo, el músculo del cuello se relajó y volvió a mirar hacia delante. En realidad, no había sido un calambre. Los calambres causan mucha contracción y dolor. Este movimiento del cuello no le causó dolor. Había sido una contracción involuntaria y leve de un músculo del cuello que hacía años que no utilizaba. Momentos después, volvió a ocurrir.

"Más bien un tic" —le susurró a la persona que estaba a su lado.

Tras media docena de episodios a lo largo de una hora, no volvió a ocurrir. Antes de este suceso, no era capaz de girar la cabeza con esa facilidad hacia un lado. Pero, después de este suceso, podía mover la cabeza hacia el costado sin hacer ningún esfuerzo.

Lo que más disfrutaba hacer era cantar en el coro. No le avergonzaban los "tics". Le parecían divertidos. Estaba relajada y no le importaba que ocurrieran.

La señora que saluda en una casa de panqueques

Otra paciente en recuperación describió una discinesia en la recuperación en el brazo. "Anoche, mientras veía la televisión, el brazo derecho se me levantó y empezó a agitarse de un lado a otro como si saludara a alguien. No era un movimiento rápido. Era como esa mujer de madera que está en el tejado de la casa de panqueques y que saluda con movimientos mecánicos de un lado a otro. Duró unos 10 minutos. La velocidad siempre fue constante. No me dolía. Probablemente podría haberlo detenido, pero no quise. Era extraño. Mi hija, que ya es adulta, estaba un poco preocupada, pero a mí me resultó gracioso. Fue agradable. No era *nada* parecido a un temblor".

Marcha en la cama

A veces, cuando un paciente en recuperación está sentado en el sofá o acostado en la cama, la pierna (o las piernas) empieza a "marchar" rítmicamente. En ocasiones, los brazos acompañan el movimiento de las piernas. *No* se trata del síndrome de las piernas inquietas. Se trata de la discinesia en la recuperación.

Curación de un pie

Un paciente en recuperación sentía el impulso de golpearse el empeine contra la parte inferior de una mesa de centro. Todas las noches, después de cenar, sentado en el sofá frente al televisor, la pierna "quería" golpear el empeine contra esta mesita. Así que se lo permitía. Dejaba que la pierna se elevara unos pocos centímetros, de modo que se golpeara el empeine. El movimiento era constante y rítmico. Cada noche, se golpeaba el pie, al menos, unas cien veces. Un día, los golpes cesaron por sí solos cuando la pierna dejó de "querer" hacerlo.

Dijo que se sentía muy bien, como si la pierna hubiera sabido que algo en el pie no estaba bien y que tenía ponerlo de nuevo en su lugar a los golpes. El pie había recibido muchos tratamientos de Yin Tui Na. Ya sentía que el pie estaba curado por completo, en el sentido de que había recuperado la flexibilidad y todas las demás cosas a las que apunto cuando trato una lesión antigua. El Qi fluía de forma correcta por el pie. Y el paciente no tenía ningún conocimiento *consciente* de algo en particular que tuviera que hacerse en el pie. La pierna solo "quería" golpear un poco el empeine, eso era todo.

Después de golpeárselo todas las noches durante unas semanas, el paciente notó que los dedos parecían estar "más felices" y más flexibles. También se dio cuenta de que la pierna ya no quería golpear la parte inferior de la mesita por la noche.

Técnicamente, esto podría no considerarse una forma de discinesia en la recuperación. Pero el movimiento parecía casi espontáneo, era repetitivo y rítmico, y por eso lo incluyo en esta sección.

King Kong

Una paciente, mientras se relajaba en casa por la noche, empezó a notar que se golpeaba el pecho, alternando entre un puño y otro, como si estuviera imitando a un "gorila" en cámara lenta. Durante casi 10 minutos, se golpeó el pecho con los puños e iba alternándolos: izquierdo, derecho, izquierdo, derecho. Era una mujer muy delicada y menuda; a la mañana siguiente, tenía moretones en el pecho. Solo tuvo esta experiencia una vez y, después, sintió que movía los brazos de forma más fluida.

Posiciones de las manos

En algunos pacientes en recuperación, los músculos de la mano se contraen durante un tiempo, nunca más de 20 minutos seguidos. Esto, a veces, crea posiciones extrañas de la mano: posturas estilizadas, como de bailarina. En mi caso, las experimenté durante unas tres semanas. Solían ocurrir a los 40 minutos de haber iniciado mis paseos matutinos de 1 hora por el bosque, cuando entraba en la fase de ensoñación del paseo. Otros pacientes en recuperación las notaban con más frecuencia mientras estaban sentados viendo la televisión por la noche.

La voz

La voz de los pacientes reaparece de repente tras meses o años de haber estado reducida a un susurro. La recuperación de la voz no siempre es un proceso lineal. A veces, los músculos que se abrieron en la laringe se abren de par en par, sin previo aviso, y una voz fuerte y retumbante emana durante varios minutos, o de forma intermitente a lo largo de uno o dos días. Y luego, a veces unos días más tarde, la voz puede desaparecer por completo durante un tiempo. La voz "normal", plena y controlable conscientemente, pronto se vuelve uniforme, por lo general, al cabo de unas semanas.

Un paciente llamó a su hermana cuando recuperó la voz tras casi 10 años de habla casi inaudible. Su hermana pensó que le estaban haciendo una broma. "Tú no eres mi hermano; mi hermano solo susurra". Y le colgó el teléfono.

Espasmos musculares en el pecho

Varios pacientes se han preocupado un poco al experimentar discinesia en el pecho durante la recuperación. En la enfermedad de Parkinson, los músculos que recorren la cresta mamaria del tronco se vuelven rígidos. Durante la recuperación, estos músculos a veces experimentan discinesia en la recuperación: o bien se contraen durante unos 20 minutos y luego se relajan, o bien se contraen y se relajan una y otra vez, con cierta rapidez. En cualquier caso, no suele durar más de 20 minutos cada vez.

Durante la fase de opresión en el pecho, los pacientes en recuperación a veces sentían que no podían respirar hondo. Algunos se preguntaban entonces si estaban teniendo un infarto. Algunos fueron al hospital. Cuando llegaron al hospital, la opresión había cesado. Un paciente se quedó en la sala de urgencias para que le hicieran un análisis cardíaco completo, para asegurarse de que no había ocurrido nada extraño. A la noche siguiente, cuando le volvió a ocurrir mientras veía la televisión, se quedó en su casa.

Les diré un consejo: siempre les digo a los pacientes que acudan de inmediato al médico si creen que pueden estar teniendo un infarto. No hay que ignorar los síntomas que les preocupan. Si resulta que el espasmo torácico era solo una discinesia en la recuperación y no un infarto, tampoco habrá pasado nada.

Ninguno de mis pacientes no medicados tuvo infartos durante su recuperación de la enfermedad de Parkinson. Muchos sí tuvieron discinesia en el músculo del pecho. La mía ocurrió durante varios días seguidos mientras me bañaba por la mañana.

Durante la fase de *relajación* de la discinesia del músculo del pecho durante la recuperación, ocurre lo contrario. Los pacientes que experimentan esto sienten como si el pecho estuviera tan abierto que no necesitan inspirar. En mi caso, estaba en la ducha cuando, de repente, me di cuenta de que hacía *mucho* tiempo que no inspiraba. Me preocupé un poco, pero no sentí ninguna necesidad de inspirar. Sentía el pecho muy abierto y relajado. Finalmente, inspiré y espiré y, *de nuevo*, pasó mucho tiempo antes de que sintiera la necesidad de volver a respirar hondo. Esta gloriosa sensación de hiper*distensión* del pecho empezó varios días después de que tuviera los episodios de *opresión* torácica.

Discinesia en la recuperación en la lengua

Muchos pacientes experimentan un episodio de torpeza al hablar: la lengua parece que se mueve sola o que no se mueve como antes. Puede parecer, durante un breve período, que hay que volver a aprender a utilizar la lengua. Sin embargo, la capacidad para hablar suele recuperarse con *mucha* rapidez. En algunos casos, tras la recuperación, la lengua parece tener una posición diferente. Esto puede deberse a un cambio en la conciencia sensorial de la lengua o a un cambio en la posición del paladar. En mi caso, parecía ser un poco de las dos.

Muchas personas se muerden la lengua o el interior de las mejillas durante esta fase.

Personalmente, durante la recuperación me ocurrió una situación curiosa con la lengua: cuando me concentraba mucho en algo, sacaba la lengua por el lado derecho de la boca, tan solo una partecita. Solo se veía la punta. Llevaba varias semanas haciéndolo cuando recordé una vieja fotografía mía tocando el violín cuando tenía 20 años. En esa foto, tenía los ojos cerrados y una mirada de profunda concentración, y la punta de la lengua sobresalía por el lado derecho de la boca. Sabía que hacía *décadas* que no sacaba la lengua, pero era evidente que ahora estaba volviendo a una época concreta de mi juventud.

Al cabo de unos meses, después de que el paladar se me elevara y los dientes se me separaran, ya no sacaba la lengua hacia un lado. Estaba segura de que cuando sacaba la lengua hacia un lado a los 20 años no estaba sana; esto empezó después de haber iniciado la pausa autoinducida a los 17 años. Sospecho que empecé a hacerlo poco después de mi extraño evento de giro cerebral, que ocurrió poco después de haber inducido el modo de pausa.

En otras palabras, la asimetría y elevación de la lengua a los 20 años había sido uno de los primeros síntomas de desequilibrio entre izquierda y derecha y tensión interna, un síntoma muy incipiente del pre-Parkinson, y no una idiosincrasia sana. Desde que me recuperé por completo, la lengua ahora permanece centrada en la boca, incluso cuando estoy concentrada.

Discinesia en la recuperación en el paladar

El paladar superior de una persona (la parte superior de la boca) se mantiene en su lugar gracias a unos músculos. Durante la recuperación, a veces cambia el grado de tensión de estos músculos. Si los músculos situados encima del paladar superior se tensan un poco, de forma que se levantan los lados laterales (externas) del paladar superior, puede aparecer un hueco entre las dos paletas, como si los dientes se hubieran separado de repente. Este

movimiento repentino y muy visible de los dientes es indoloro. En realidad, los dientes no se han movido de su alvéolo dental: los dos lados del paladar superior se han levantado y los dientes se han desplazado.

Durante la recuperación, a veces uno siente que el paladar adopta una nueva posición. De nuevo, este movimiento en la parte superior de la boca no duele. Todo lo contrario: es agradable, si es que uno llega a sentir algo. Parece estar causado por la recuperación de la fuerza de los músculos que sostienen el paladar, que antes eran débiles. A veces, la elevación de la posición del paladar superior puede reducir los ronquidos o la apnea del sueño.

Muchos pacientes, incluida yo misma, *antes* de recuperarse sentían cada vez con más frecuencia que se les caía el paladar superior, de manera que obstruía parcialmente las vías respiratorias y los senos paranasales. La reanudación de un tono muscular sano en los músculos del paladar superior cura o mejora mucho este problema.

Discinesia en la recuperación en los ojos

Durante la recuperación, a veces se producen cambios en la agudeza visual. Muchos pacientes notaron una mejora repentina y extrema de la visión que duró unos minutos o unos días, a la cual le siguió una recuperación de la visión habitual o un empeoramiento temporal de la visión.

Por ejemplo, un paciente dijo: "¡Juro que ayer podía ver un pájaro posado en un árbol a 400 metros de distancia!". Unos días después, la misma persona apenas era capaz de enfocar con los ojos. A lo largo de un mes, esto ocurrió varias veces. Después, su visión volvió a ser exactamente como antes.

Según los informes de los pacientes, mi hipótesis es que los músculos que los ojos usan para enfocar pueden hacer ejercicios de tensión y relajación. Las tensiones y relajaciones musculares provocan los cambios temporales en la visión.

Después de que esto ocurriera varias veces en varios pacientes en recuperación, les dije a los pacientes que no se apresuraran a ir al optómetra para un examen ocular o un nuevo par de gafas si la visión se altera de repente. Según mi poca experiencia, una vez que terminaba la discinesia en la recuperación en los músculos que los ojos usan para enfocar, la visión siempre se estabilizaba y volvía al estado anterior a la recuperación.

Movimiento acelerado

Algunos pacientes tuvieron una experiencia extraña en la que el cuerpo se movía un poco más rápido de lo que podían controlar. Mientras realizaban una tarea ordinaria, mundana y repetitiva, como cortar verduras, tenían la sensación de que los músculos del brazo *que debían usarse* para la tarea se activaban de repente. Los músculos se movían entonces muy deprisa, sin esfuerzo, de una forma exageradamente rápida. Por lo tanto, el *efecto* que esto producía, era que, de repente, cortaban las verduras *mucho* más rápido que antes, de hecho, hiperrápido. La *sensación* es que no se requiere esfuerzo, como si el brazo "se moviera solo".

Este movimiento "acelerado" puede ocurrir en cualquier tipo de actividades, como al practicar escalas en el piano o al picar apio. Lo habitual es que solo ocurra mientras la persona está relajada o disfrutando. Se trata de un síntoma de recuperación muy poco frecuente.

Pérdida del control

Los pacientes casi siempre querían explicarme que probablemente *podrían* haber detenido los movimientos discinéticos de los brazos, las piernas o las manos si hubieran querido, pero no *quisieron*. Es como si algún músculo quisiera ejercitarse o estar en una nueva posición durante un rato, y se sintiera bien cuando se le permitía hacerlo. El paciente *disfrutaba* de sentir cómo se movía esa extremidad o cómo se contraía el músculo, *y* también disfrutaba de esa sensación de distensión en el pecho (en el corazón) que se producía al *prestar atención* a cómo se *sentía* experimentar eso.

Estos tipos repetitivos de discinesia en la recuperación suelen durar entre unos instantes y 20 minutos. Incluso la discinesia en la recuperación más intensa suele desaparecer al cabo de unos 20 minutos.

En la mayoría de los casos, la discinesia en la recuperación es cómica. Si deja de ser una sensación agradable o cómica, puede cesar pronto. Si una persona deja de estar relajada o se estresa durante un episodio de discinesia en la recuperación, los movimientos cesan pronto.

Disfrutar del cuerpo

La discinesia en la recuperación es maravillosa. Varios pacientes han dicho que sentían como si volvieran a la vida cuando el cuerpo empezaba a volver a aprender, por iniciativa propia, a sentir y utilizar músculos que habían estado rígidos y un poco entumecidos. La sensación de volver a empezar, de tener un cuerpo completamente nuevo, es tan increíble que algunas personas han llegado a decir que se sienten como si hubieran vivido dos vidas en una sola: tuvieron su primera vida, y se estaban muriendo; luego, se les dio una segunda oportunidad y pudieron volver a empezar desde el principio, aprendieron lo que es *disfrutar* de tener un cuerpo y a *disfrutar* usándolo.

Usar el cuerpo frente a disfrutar del cuerpo

Algunos pacientes se han quejado de mi frase "aprendan a disfrutar de tener un cuerpo". Han dicho que *sí* disfrutan de tener un cuerpo, o que siempre lo *habían hecho* antes de tener Parkinson. Ahora solo quieren recuperar el cuerpo que tenían antes.

Recuerdo a un paciente que insistía en que amaba su cuerpo. Después de que habíamos estado trabajando juntos durante varios meses, por fin se curó de su lesión en el pie. Aún *no* había desactivado su pausa autoinducida. Se encontraba en fase de recuperación parcial. Me contó la siguiente experiencia.

El fin de semana anterior, había pasado una hora flotando en la piscina de su hija, recostado en una de esas balsas flotantes con reposabrazos y soportes para bebidas. No estaba pensando en nada y el sol brillaba. Sintió que lo inundaba una oleada de paz y se dio cuenta de que *se sentía bien*. Se dio cuenta de que podía sentir el sol en la piel y la sensación de estar flotando. Era un momento único. Se maravilló de las sensaciones que experimentaba.

Entonces, al tener siempre mucha cautela debido a la recuperación, se puso a pensar en lo siguiente. Se preguntó si este era el tipo de "disfrute de las sensaciones del cuerpo" que yo siempre le había "insistido" que sintiera. Su siguiente pensamiento fue: "Demonios, no se puede esperar que *sienta* tanto *todo* el tiempo. Es ridículo". En cuanto pensó esto, se dio cuenta de que ya no podía percibir las sensaciones *somáticas* de estar en su cuerpo

mientras disfrutaba del sol y de flotar somáticamente en lugar de con su intelecto. En cambio, su autoconciencia volvió a estar en su mente acelerada basada en las palabras.

El momento de placer de la percepción corporal se había colado en su consciencia cuando sintió su cuerpo de forma somática, pero lo había eliminado rápido con sus pensamientos negativos. En cuanto pensó para sí: "Demonios, no puedo hacer esto…", y volvió a sumergirse en el pensamiento negativo, se dio cuenta de que era incapaz de sentir su cuerpo de la misma manera. Era incapaz de recuperar la sensación de sol, la sensación de estar flotando y la buena sensación en general dentro de su propio cuerpo. Desde luego, ya no *disfrutaba* como lo había hecho unos momentos antes.

Como ya se ha dicho, se encontraba en la recuperación parcial. *No* se recuperó del todo. Su fugaz experiencia al sol, en lugar de servirle como motivación, despertó un poderoso Bloqueador. Su experiencia en la piscina le sirvió para convencerse de que nunca sería capaz de recuperarse. Así que dejó de esforzarse para desactivar la pausa.

He tenido *muchos* pacientes que insistían en que siempre disfrutaron de su cuerpo, pero se dieron cuenta, durante la recuperación, de que en realidad no había sido así. Puede que hayan disfrutado *utilizar* el cuerpo como una herramienta, puede que hayan disfrutado hacer que el cuerpo obedeciera sus instrucciones cuando se esforzaban mucho cuando hacían deporte, pero en realidad no habían notado ni disfrutado de las experiencias *somáticas* y sensoriales producidas por el cuerpo, o no lo habían hecho en mucho tiempo.

Para algunos pacientes, la relajación conmovedora que se producía cuando se desactivaba la pausa y comenzaban los movimientos espontáneos y suaves de la discinesia en la recuperación eran como lecciones de un principiante sobre cómo *sentir* que se está en un cuerpo y *disfrutar* de tener un cuerpo.

La cuestión espiritual

Más de un paciente, antes de recuperarse, estaba seguro de que la conciencia sensorial del cuerpo o el disfrute del cuerpo era autoindulgente, o incluso "no espiritual". No estaban de acuerdo con mis sugerencias de que las sensaciones que se generan en un cuerpo sano son, como las flores y la buena música, algo que puede y debe disfrutarse. En *muchas* religiones, los mandamientos espirituales nos desaconsejan el apego excesivo al cuerpo. Pero el motivo de preocupación son los problemas que surgen de la identificación errónea: cuando una persona imagina que *es* el cuerpo, en lugar del alma. Además, la *excesiva* fascinación por el cuerpo inherentemente activo, que se produce cuando la mente es indisciplinada, puede ser una distracción cuando se intenta mantener la concentración en actividades estimulantes o en la calma interior que puede producirse durante la comunión con el alma o con lo Divino.

Sin embargo, las sensaciones que surgen de tener un cuerpo, incluidos la visión, la audición, el gusto, el olfato, el tacto y el movimiento, *no* son intrínsecamente malas. Si tienen inclinaciones espirituales, quizá deberían considerar que estas sensaciones pueden disfrutarse como percepciones de lo Divino, de la energía vibratoria de Dios que subyace e impregna el universo y todos los objetos, incluso los cuerpos. Mientras una persona no se *identifique* con su cuerpo en constante cambio ni se apegue demasiado a él, no se arriesga a "pecar" al disfrutar de la experiencia sensorial de poder sentir propioceptivamente la energía dentro de los propios brazos y piernas, tronco y cabeza. Por otra parte, muchas personas con Parkinson ni siquiera pueden comprender el significado de la frase "sentir la energía *dentro* de los propios brazos y piernas" hasta que se recuperan.

Un ejemplo de movimiento repetitivo y discinético en un bebé

Una vez, en los comienzos de este proyecto, estaba de viaje desayunando en una cafetería. Me encontraba reflexionando sobre los inesperados episodios de discinesia en la recuperación que habían sufrido recientemente algunos de mis primeros pacientes. En la mesa de al lado había un bebé sentado en una sillita. Observé cómo le daban una cuchara. Tenía poco control sobre sus movimientos. Mientras se concentraba en mantener el mango de la cuchara en el puño, el bíceps empezó a contraerse y relajarse.

Como resultado, el brazo, y la cuchara, empezaron a moverse arriba y abajo, arriba y abajo. El movimiento rítmico continuó durante varios minutos. Los padres, orgullosos, decían que golpeaba la cuchara contra la bandeja. Pero me di cuenta de que *no* lo hacía adrede: era evidente que no tenía la coordinación necesaria para golpear la cuchara tan rítmicamente contra la bandeja. No tenía control de sus músculos, que se movían solos. Los bíceps se flexionaban y se extendían, se flexionaban y se extendían. El bebé no lo hacía de forma consciente. Parecía estar contento y sorprendido por los movimientos del brazo.

Mientras seguía golpeando la cuchara contra la bandeja sin cesar, los padres orgullosos sonreían al ver que sus movimientos se volvían más enérgicos. El otro brazo empezó a moverse arriba y abajo al compás del primero. Era evidente que estaba disfrutando. Al cabo de unos instantes, las piernas empezaron a moverse al ritmo de los brazos. Los músculos del canal del estómago a lo largo del tronco empezaron a tensarse y relajarse. Pronto, todos los músculos del canal del estómago y del canal del intestino grueso del bebé se tensaron y se relajaron, se tensaron y se relajaron. Al cabo de unos minutos, dejó de moverse. Sus padres lo besaron y lo mimaron.

No había hecho estos movimientos conscientemente. Su cerebro empezaba a percibir la imaginación motora. Los músculos empezaban a aprender a integrarse con las señales del cerebro. Debían pasar muchos años para que el niño pudiera exhibir un control motor sumamente refinado sobre los dedos y los músculos de los brazos. Pero el proceso tenía que empezar por algún sitio.

Sus movimientos espontáneos y repetitivos, puestos en marcha, quizás, por la curiosa sensación de la cuchara en la mano o quizás por su deseo de imitar los movimientos de la mano a la boca que había visto realizar a sus padres, se parecían a los varios casos de discinesia en la recuperación de brazos o piernas que yo había presenciado.

Este ejemplo pone de manifiesto dos cosas: los movimientos repetitivos y espontáneos que se producen en grupos musculares específicos durante la recuperación del Parkinson no son patológicos; son perfectamente naturales. Se producen cuando el cerebro se está familiarizando de nuevo con la imaginación de funciones motoras específicas. En segundo lugar, si uno encara este proceso con una buena predisposición, este reaprendizaje puede ser divertido.

La discinesia en bebés se produce en los canales del estómago y del intestino grueso

El bebé descrito en el apartado anterior estaba aprendiendo a controlar los músculos que se encuentran debajo del canal del estómago y del intestino grueso: los dos canales que no son funcionales hasta el momento del nacimiento. Los músculos regulados por estos canales son los últimos en activarse en un niño en desarrollo. Estos canales no *empiezan* a activarse hasta el nacimiento, cuando el bebé respira por primera vez.

Estos dos canales impulsan el peristaltismo del intestino. Un bebé en el útero no debería defecar: cualquier actividad en el intestino grueso podría expulsar meconio (materia

fecal del feto) pegajoso al líquido amniótico. Si el meconio llega al líquido amniótico, y de ahí a los pulmones del feto, puede ser mortal. El bebé no necesita actividad intestinal: toda su nutrición entra por el cordón umbilical y va directo a su torrente sanguíneo.

Todos los demás canales, los otros diez canales principales y los ocho canales adicionales, son funcionales en el útero. Solo los canales del estómago y del intestino grueso permanecen inactivos hasta la primera respiración. Todas las funciones que son casi imposibles para un recién nacido (control de los dedos pulgar e índice, los músculos faciales, los músculos del cuello, la flexión de los brazos, ponerse de pie, caminar, mantener la cabeza erguida, control de los intestinos, etc.) están reguladas por estos dos canales. En cambio, los músculos encargados del movimiento del diafragma, el corazón, el esfínter de la vejiga, los que rodean la espalda, e incluso los músculos que se encuentran bajo la piel y que regulan los poros, funcionan sin problemas al nacer. Estos músculos están activos independientemente del modo neurológico en el que nos encontremos y funcionan gracias a sistemas cerebrales que *no* están relacionados con la consciencia ni con la respiración.

No es casualidad que los pacientes en recuperación que tenían los canales del estómago y el intestino grueso inactivos durante mucho tiempo se encontraran realizando movimientos similares a las actividades musculares espontáneas de los bebés. Incluso después de nacer, se supone que estos dos canales solo se activan *por completo* cuando una persona está despierta y sana. Tampoco es casualidad que un traumatismo grave pueda desencadenar una serie de acontecimientos eléctricos que hagan que estos dos canales se desactiven hasta el momento en que sea seguro curarse y volver por completo "a la vida". Mientras una persona está al borde de la muerte inminente, *no* quiere malgastar energía en los pequeños detalles de la curación, ni quiere distraerse con cosas no esenciales como comer y hacer la digestión: actividades realizadas sobre todo por los canales del estómago y del intestino grueso.

Miedo a la discinesia en la recuperación

Aunque siempre insisto en que la discinesia en la recuperación debe disfrutarse, muchos pacientes le tienen miedo. Algunos pacientes en posible recuperación se preocupan mucho más por "hacer el ridículo" por momentos que por tener la enfermedad de Parkinson. Algunos pacientes en posible recuperación, habiendo leído las ediciones anteriores de "Síntomas de recuperación", concluyeron que no querían arriesgarse a experimentar un síntoma de recuperación mientras estaban en público. Me dijeron, con toda seriedad, que temían que, en un momento de debilidad, pudieran aparecer síntomas de recuperación que los hicieran parecer "estúpidos", "equivocados" o "enfermos". Varias personas han admitido que preferirían creer que el Parkinson *es* incurable antes que arriesgarse a incidentes de recuperación en los que podrían quedar mal. Al fin y al cabo, el Parkinson es una enfermedad respetable.

Aquellos lectores que no tengan EP podrían pensar que estoy bromeando. Es obvio que ningún adulto inteligente prefiere tener rigidez y temblor el resto de su vida a tener unos pocos momentos de pérdida de control motor, que son perfectamente comprensibles. Pero créanme, lectores, que muchas personas con Parkinson están leyendo estas mismas palabras y piensan: "Sí. No me gustaría perder el control facial o que mis brazos se sacudan mientras alguien me mira. No estoy seguro de que este programa sea para mí". Estar en pausa puede hacer que una persona se muestre recelosa ante los cambios y extremadamente temerosa de ser juzgada, incluso hasta un nivel ilógico.

Un proceso intenso, pero delicado y divertido

Los síntomas de recuperación, como los movimientos discinéticos, pueden aparecer al mismo tiempo que otros síntomas de recuperación y en la misma parte del cuerpo. Una persona puede sentir cosquilleos en la cara, darse cuenta de repente de lo terriblemente entumecida que tenía la cara y tener fuertes espasmos o leves movimientos discinéticos rítmicos en los músculos de la cara, todo al mismo tiempo.

No esperen ningún tipo de linealidad o regularidad. El cuerpo quiere curarse lo más rápido posible, y todo tipo de síntomas de recuperación pueden solaparse durante este proceso. O puede que los síntomas de recuperación disminuyan durante un mes o más y, luego vuelvan a aparecer. No se preocupen.

Algunos pacientes han creído notar un patrón de más o menos síntomas de recuperación en sincronía con la luna llena, los días de la semana o si desayunaban o no fideos. Muchos pacientes buscaban un sistema con el que poder medir y anticipar su recuperación, pero la recuperación de cada persona es única.

Resumen

Los episodios de discinesia en la recuperación se producen en un plazo relativamente corto: semanas, no años. Las recompensas son emocionantes y gratificantes. El período de discinesia en la recuperación solía ser una de las fases más fascinantes de la recuperación del Parkinson. Las personas podían *sentirse* a sí mismas a nivel somático Sus propios cerebros exploraban e *imaginaban* nuevas conexiones con el cuerpo. Por lo general, era un período maravilloso.

Recuerdo que, al mismo tiempo que atravesaba varios tipos de discinesia en la recuperación, un día me estaba cortando las uñas y, de repente, experimenté una sensación muy nueva: los dedos sentían la presencia mutua de los otros dedos al tocarse. Nunca había perdido la capacidad de utilizar de forma mecánica los dedos y seguía siendo consciente de la sensibilidad superficial de la epidermis. Pero, de repente, por primera vez, sentí como si mi percepción en lo más *profundo* de cada dedo se estuviera contactando o "saludando". Al principio, me sorprendió que pudiera existir un grado tan alto de propiocepción y percepción. Después, sentí llena de gratitud por haberlo descubierto.

La gratitud se sentía igual de increíble que la nueva percepción de la comunicación mutua entre los dedos.

Capítulo veintiocho

Síntomas de recuperación: dolor muscular

Balanceo del brazo: dolor de bíceps

Antes de recuperarse, muchos pacientes con inhibición del balanceo del brazo pueden generar un balanceo del brazo forzado mentalmente a corto plazo, un balanceo que *no* utiliza el bíceps, sino los músculos a ambos lados del bíceps. Tras la reanudación del flujo normal del Qi en los canales a través de los brazos, los bíceps comienzan a funcionar después de lo que pueden haber sido décadas de inactividad y, en la mayoría de los casos, de atrofia. Cuando, durante la recuperación, un paciente recupera el balanceo real y automático del brazo, en el que se usa el bíceps, puede llegar a experimentar mucho dolor en el bíceps al principio.

Este dolor al balancear el brazo *no* es una discinesia en la recuperación. Discinesia significa "movimiento anormal". La discinesia en la recuperación se produce cuando un músculo reanuda la conectividad con las vías cerebrales inactivas que permiten el movimiento motor automático. Al volver a activar estas vías inactivas, el cuerpo empieza *torpemente* a aprender a integrar de nuevo las instrucciones cerebrales y los comportamientos motores asociados.

Los bíceps experimentan dolor, sensibilidad o inflamación una vez que empiezan a funcionar *de manera correcta*. Los bíceps, después de no haber sido utilizados durante años, empiezan a tensarse y relajarse automáticamente unas *miles* de veces al día sin que ustedes ni siquiera piensen en ello.

Antes de la recuperación, la mayoría de mis pacientes con EP ya no tenían el patrón eléctrico sincronizado que hace que los brazos se balanceen de forma automática utilizando los músculos adecuados. Durante la recuperación, los bíceps, músculos que contribuyen a un balanceo *adecuado* del brazo, pueden empezar a tener contracciones automáticas en sincronía con la zancada de la pierna contraria. Una vez que la conexión brazo-pierna funciona como corresponde, la contracción del músculo bíceps se produce de forma automática con *cada paso*. Después de caminar más de una docena de pasos, los músculos del brazo pueden sentir un poco de dolor.

Al principio, aunque casi ni se perciba el nuevo balanceo *automático* del brazo, ese pequeño movimiento es el resultado de la contracción del bíceps que está débil. Repito, puede que este músculo no se haya utilizado durante años. Durante la recuperación, el bíceps realiza automáticamente una contracción saludable seguida de relajación una fracción de segundo antes de *cada* pisada del lado opuesto.

Si un paciente en recuperación camina 50 pasos, el bíceps en recuperación se contrae y se relaja 50 veces. Si camina a buen ritmo durante media hora más o menos, los bíceps pueden contraerse y relajarse más de 1000 veces.

Cuando los bíceps empiezan a trabajar, su ritmo de uso puede pasar de cero contracciones al día a miles. Durante las semanas siguientes, suele ser difícil caminar debido al dolor de brazos. Aunque un paciente en recuperación *intente* inhibir el balanceo de los brazos al caminar, los bíceps reconectados realizarán su contracción saludable en sincronía con las pisadas.

A muchos pacientes en recuperación, que antes se lamentaban por la pérdida del balanceo de los brazos, les resultó irónico intentar *evitar* que sus brazos se balancearan: "Me duelen *mucho* los brazos. Cuando salgo a caminar por la mañana, cruzo los brazos sobre el pecho y trato de apretarlos contra el pecho para que no se muevan. A veces eso ayuda un poco. Pero el dolor en los brazos está limitando la distancia que puedo caminar. Solía hacer 3 millas (5 kilómetros) al día. Ahora la distancia se ha reducido a casi un kilómetro al día por el dolor que siento en los brazos. Es un dolor bueno. Es como el dolor que solía tener cuando practicaba deportes en la escuela secundario, después de hacer esos ejercicios de entrada en calor. Y los brazos se *están* fortaleciendo mucho. Pero esta última semana, después de solo media hora de caminata constante, me dolían tanto los brazos que solo quería irme a casa y recostarme el resto del día para que no se me balancearan los brazos".

Estas molestias y dolores remiten en cuanto los músculos del brazo se acostumbran a las miles de repeticiones diarias que una persona sana realiza automáticamente al caminar. Pero durante un breve período, quizá unas semanas o un mes, el nuevo balanceo del brazo y el entrenamiento resultante para los bíceps en recuperación pueden ser un poco dolorosos.

Antes de la recuperación, muchos pacientes nos aseguraban que seguían balanceando los brazos, o que *podían* hacerlo si pensaban en ello. Se sorprendían cuando empezaban las molestias en los brazos. La verdad era que, incluso si habían estado balanceando los brazos o haciendo repeticiones de bíceps en el gimnasio, *no* habían estado utilizando los bíceps.

Cuando otros músculos sustituyen a un músculo lesionado o ayudan a estabilizar un área lesionada, se habla de rigidez muscular antiálgica, un fenómeno frecuente y habitual después de una lesión o la pérdida de alguna función muscular.

Por ejemplo, algunos pacientes habían generado un balanceo de brazos *lanzándolos* hacia delante con otros músculos cercanos. Otros tenían un "balanceo" de brazos que consistía en dejar las manos y los antebrazos delante del tronco con los codos a los lados, y moverlos ampliamente de izquierda a derecha, en lugar de delante hacia atrás, al ritmo de la pisada.

Aunque en un capítulo anterior mencioné que los músculos que antes estaban rígidos no estaban atrofiados, aquí el bíceps *estaba* atrofiado: una excepción a la regla. La tensión crónica en los brazos, que hace que estos permanezcan con los codos doblados, y la desconexión mental del bíceps que la acompaña provocaron, con el paso de los años, cierta atrofia.

Antes de la recuperación, ningún ejercicio que realizaban los pacientes en el gimnasio ayudaba a fortalecer los bíceps. Si un paciente entrenaba en el gimnasio y hacía ejercicios que *supuestamente* hacían trabajar los bíceps, los únicos músculos que se fortalecían eran los que tenían rigidez muscular antiálgica por los bíceps. Mientras los bíceps permanecieran fuera del alcance del área de la imaginación motora del cerebro, los levantamientos de pesas no servían de nada. Los bíceps *no* funcionan si el Qi del canal del intestino grueso fluye en retroceso sobre ellos.

Desde que tenía unos 25 años, no me había puesto una camiseta sin mangas. No me quedaban bien por los brazos. Estaba muy en forma (o eso creía), y tenía *mucha* fuerza en los brazos: había competido en remo en la escuela secundaria. No había sido capaz de explicar exactamente cuál era el problema con el aspecto de mis brazos. Cuando me recuperé y fortalecí los bíceps, me di cuenta de repente de lo que les había pasado a mis

brazos todos esos años: les faltaba la protuberancia en los bíceps, que volvió después de recuperarme. Volví a usar camisetas sin mangas, *no* porque por fin mis brazos tuvieran un aspecto normal, sino porque ya no me *importaba* si lucían "bien" o no.

Pero la cuestión principal de esta sección es la siguiente: los bíceps duelen cuando el paciente empieza a utilizarlos de nuevo de forma automática. El dolor va desapareciendo a medida que los bíceps se fortalecen.

Dolor de espalda: síntoma universal de recuperación

Hasta ahora he afirmado con frecuencia que cualquier síntoma de recuperación podría darse *o no* en cualquier paciente. Lo que les he dicho siempre fue lo siguiente: "¡La recuperación de cada persona es igual de única que sus síntomas!".

Sin embargo, cuando se trata del dolor de *espalda*, este síntoma de recuperación es casi universal. Según mi poca experiencia, todos los pacientes en recuperación, excepto dos, tuvieron dolor de espalda.

El dolor en la zona lumbar solía denominarse "dolor" de espalda, pero no era dolor de espalda en el sentido clásico. Era una molestia, como un ligero dolor o tirón en la zona lumbar. La forma instantánea de calmar este dolor era sencilla: ponerse erguido.

El dolor de espalda se produce cuando los músculos de la zona lumbar, los músculos cuadrados lumbares, empiezan a recuperar su fuerza. Durante el Parkinson, estos músculos están excesivamente relajados y laxos. Los músculos cuadrados lumbares, cuando están contraídos, sirven para enderezar la zona lumbar cuando se está de pie o sentado derecho. Si están *muy* contraídos, permiten a una persona realizar un movimiento de gimnasia llamado "flexión hacia atrás", en el que se arquea la espalda: hacia la parte frontal del cuerpo.

Para ver cómo trabajan los músculos cuadrados lumbares, pueden ver cualquier video de la gimnasta Simone Biles en el que haga una rutina de suelo completa y podrán darse cuenta de lo arqueada que está la zona lumbar de la espalda. Esta tensión es *muy* saludable, y es lo contrario de la laxitud de los músculos cuadrados lumbares en las personas con Parkinson.

Los músculos psoas son los músculos pares y opuestos de los músculos cuadrados lumbares. Permiten que el pecho se pueda llevar hacia delante y que los muslos se acerquen al abdomen, de manera que la parte delantera del tronco pueda doblarse y formar una curva cóncava, mientras que la columna vertebral lumbar queda curvada hacia atrás. Los músculos psoas van desde la parte media de la columna torácica hasta el fémur y permiten acercar las rodillas una con otra y los muslos al abdomen. De nuevo, los músculos cuadrados lumbares y el psoas trabajan en equipo: un par de opuestos.

Durante la pausa, los músculos psoas están muy tensos y rígidos. Esto significa que la fuerza de los músculos cuadrados lumbares se reduce en la misma proporción. El tronco y las piernas se tensan constantemente en una posición fetal. Los músculos cuadrados lumbares en la zona lumbar (muy bien entrenada) que tienen los gimnastas están *desconectados*.

Durante la recuperación, cuando los músculos rígidos del psoas en la parte delantera del tronco empiezan a distenderse y *relajarse*, los músculos cuadrados lumbares pueden volver a tensarse y *contraerse*. Es posible que los músculos de esta zona lumbar no hayan estado funcionando bien durante años. Cuando empiezan a contraerse, se siente mucho dolor en la zona lumbar.

A veces, estos músculos de la espalda se contraen por momentos, luego se relajan, vuelven a contraerse y vuelven a relajarse: el "dolor" de espalda aparece y desaparece mientras los músculos juegan a encontrar su nivel de tensión adecuado. El dolor se siente cuando los músculos intentan tensarse, *si* el paciente adopta su postura habitual, inclinada hacia delante. Cuando los músculos cuadrados lumbares se tensan *mientras el cuerpo está inclinado hacia delante* desde la cintura, en la postura habitual de la EP, sienten dolor. Solo una maniobra detendrá el dolor leve en la zona lumbar: ponerse de pie con la espalda recta.

Este dolor *no* es un verdadero dolor de espalda. El dolor de espalda que se debe a una lesión, una lesión nerviosa o un espasmo patológico suele hacer que la persona se ponga de pie torcida, de forma que se "alivie" el dolor o se minimice. La tensión muscular de la zona lumbar que se produce durante la recuperación de la enfermedad de Parkinson *no* mejora si el paciente se pone de pie torcido para aliviar el dolor.

El tratamiento quiropráctico, las compresas calientes o frías y otros tratamientos para la espalda no son eficaces para reducir la nueva salud y fortalecimiento de los músculos cuadrados lumbares que causan el dolor. Lo único que hace que estos músculos de la espalda sanos no causen dolor es ponerse de pie con la espalda recta, lo que permite que los músculos de la espalda que se están tensando asuman su posición correcta en relación con los huesos de la columna vertebral.

Este dolor de espalda puede durar semanas o incluso meses. Durante este tiempo, inclinarse hacia delante aumenta la sensación de dolor en la espalda. Por inclinarse hacia delante me refiero al tipo de inclinación leve hacia delante que se produce al lavar los platos o al estirarse en la cama para acomodar las sábanas. Estos movimientos leves de inclinación hacia delante pueden provocar una sensación de tirón un poco dolorosa en los músculos que acaban de entrar en funcionamiento. Sin embargo, este problema no es grave y puede remediarse fácilmente en cualquier momento echando los hombros hacia atrás y poniéndose lo más recto y erguido posible.

Pido a los pacientes afectados que tengan en cuenta que no se trata de un problema físico: es su cuerpo el que les está enseñando a volver a ponerse erguidos después de haber estado encorvados hacia delante durante años. Es un síntoma de *recuperación*. Es algo bueno.

Casos de ausencia de dolor de espalda

Como se mencionó en un capítulo anterior, dos pacientes no experimentaron tensión en los músculos de la espalda. La tensión saludable de la espalda no se activó de forma automática. Estos pacientes en recuperación se encontraban muy inclinados hacia delante, con la cara casi tocando las rodillas.

En estos dos casos, probé muchas técnicas de acupuntura y moxa (calor aplicado en un lugar puntual) para fortalecer la zona lumbar. Estas técnicas no funcionaron, ni siquiera temporalmente. Ambos casos ocurrieron en los comienzos de mi investigación, antes de que descubriera que el Qi tiene de a dejar de fluir por el canal UB más allá del UB-11, en el cuello, cuando una persona está en pausa. Ahora sospecho que rectificar el recorrido del canal UB en este punto habría permitido que los músculos de la espalda volvieran a funcionar.

Micción frecuente: hipersensibilidad de los nervios de la vejiga

Aproximadamente al mismo tiempo que un paciente en recuperación experimenta dolor en la zona lumbar, puede sentir cambios drásticos en su sensibilidad a las señales de la vejiga.

En su juventud, antes de que el paciente tuviera Parkinson, es posible que este haya tenido un gran control de la vejiga. Puede que haya sido capaz de pasar *todo el día* sin sentir la necesidad de orinar. Esto no se debía a que tuviera una vejiga "sana". En estos pacientes, la falta de "necesidad" de orinar se debía a que los nervios de la vejiga estaban un poco entumecidos. Solo las señales más fuertes procedentes de una vejiga con *mucho* estiramiento podían generar una señal lo suficientemente fuerte como para atravesar el área bastante entumecida de la zona lumbar, cerca de donde los nervios de la vejiga entran en la columna vertebral. La débil señal que llegaba a la columna vertebral y luego viajaba hasta el cerebro era todo lo que la persona podía haber recibido, incluso si lo que la vejiga quería expresar en realidad era: "hay demasiado estiramiento aquí abajo".

Por el contrario, algunas personas, en las décadas anteriores a manifestar el Parkinson, tienen vejigas con "debilidad" extrema: deben orinar cada una hora, más o menos. El problema es el mismo: las señales hacia y desde la vejiga, señales que viajan a través de la zona lumbar, y que deberían estar reguladas por los sistemas nerviosos parasimpático y simpático, no funcionan en su totalidad.

Cuando un animal está muy disociado o en pausa por un alto grado de traumatismo, cuando se comporta como si estuviera muerto, es posible que no registre las señales procedentes de la vejiga. Puede que sea *incapaz* de *retener* la orina o, por el contrario, que pase la mayor parte del día sin *sentir* la necesidad de orinar.

Un paciente anciano me contó que, durante la Segunda Guerra Mundial, sus compañeros envidiaban su capacidad para permanecer en una trinchera todo el día. Nunca *sentía* la necesidad de tener que orinar más de dos veces al día. Los demás soldados tenían que abandonar la seguridad de las trincheras cada pocas horas para utilizar las letrinas, lo que los exponía a riesgos.

Escuché muchas historias fascinantes sobre la vejiga, y otras historias de salud, que me ayudaron a componer una imagen muy completa y tridimensional de la enfermedad de Parkinson. Nuestro sistema moderno de medicina, en el que un neurólogo ve a un paciente durante unos breves 15 minutos, dos veces al año, casi garantiza que los médicos no sean capaces de establecer las conexiones entre síntomas aparentemente no relacionados: conexiones que, en mi investigación, condujeron a una comprensión mucho más profunda de los cambios fisiológicos que pueden acompañar a la enfermedad de Parkinson.

La combinación de la pausa o la ausencia de flujo del Qi por el canal UB en la zona lumbar puede haber sido la causa o, al menos, haber contribuido a las irregularidades de la vejiga, un poco frecuentes durante toda la vida, de las personas con enfermedad de Parkinson.

A medida que los nervios de la columna vertebral en la zona lumbar empiezan a revitalizarse, más o menos al mismo tiempo que comienzan los dolores de espalda, los nervios adyacentes de la vejiga también empiezan a recuperar una sensibilidad saludable.

Durante las décadas en que el Parkinson fue empeorando en silencio, el cerebro del paciente se había acostumbrado, en muchos casos, a una señal *muy* baja procedente de los nervios de la vejiga. Debido a que los nervios de "llenado" de la vejiga (los nervios receptores del estiramiento) apenas habían transmitido señal alguna al cerebro, este se había

entrenado de a poco para responder a la mínima señal, si es que había alguna, procedente de la vejiga. El cerebro aprendió que incluso la señal más leve de estos nervios indicaba que la vejiga estaba muy llena.

Algunos pacientes, antes de la recuperación, recibían pocas o ninguna señal de la vejiga durante el día, hasta que la vejiga estaba terriblemente llena. La única vez que sentían la vejiga llena de verdad podía ser en la primera micción de la mañana. Unos pocos se habían entrenado para orinar a intervalos regulares, cada 3 o 4 horas, sin importar si *sentían* o no la necesidad de hacerlo. Pero aun así, a veces, llegaban a casa del trabajo al final de una larga jornada y, al notar la cantidad de orina que expulsaban, se decían: "Mira, parece que hoy me he olvidado de ir al baño cuando estaba en el trabajo. Otra vez".

En mi investigación, solo se me ocurrió preguntar esto a mis pacientes con EP porque "olvidarse de orinar" era uno de los síntomas de mi larga lista personal de "cosas que solo me pasan a mí". Resulta que no solo me pasaban a mí.

En los pacientes que se recuperan, a medida que los nervios que envían señales desde la vejiga empiezan a activarse después de haber estado parcialmente inactivos, estos comienzan a enviar señales más sanas y perceptibles. El cerebro, que está acostumbrado a una señal nerviosa *mínima*, malinterpreta estas señales sanas y más perceptibles: supone que debe estar produciéndose un estiramiento *extremo* de la vejiga. Cuando el cerebro del paciente en recuperación empieza a recibir lo que parecen ser oleadas masivas y constantes de información sobre la vejiga, la respuesta del cerebro es suponer que la vejiga está siempre llena, lo que causa *dolor*.

En realidad, no nos duele la *vejiga* por estar llena. La sensación de vejiga llena es una respuesta mental. Se produce en el cerebro. Durante la recuperación, la sensación de urgencia es una respuesta cerebral a la nueva y saludable intensidad de los nervios receptores de estiramiento de la vejiga. Envían una señal *leve*, sana y normal al cerebro cuando la vejiga está *vacía*, como debe ser. Envían una señal *muy* fuerte y perceptible cuando la vejiga está llena.

Con el tiempo, los cerebros de los pacientes en recuperación vuelven a calibrar sus respuestas a las señales sanas de la vejiga. Pero hasta entonces, mientras el cerebro sigue abrumado por las señales nerviosas nuevas, leves y sanas de la vejiga, algunos pacientes en recuperación sentían que la señal de "necesidad de orinar" se enviaba cada pocos *minutos*. Esto era muy frustrante, porque la cantidad de orina expulsada cada vez en respuesta a la llamada de pánico podía medirse en cucharaditas, o incluso gotitas. Sin embargo, las señales cerebrales eran inflexibles.

La recalibración de las señales de urgencia de la vejiga se produce a lo largo de unos días, unas semanas o unos meses. Al igual que el aumento de sensibilidad y percepción de un pie que antes estaba entumecido disminuye cuando el cerebro se acostumbra a él, el aumento de sensibilidad a las señales de la vejiga disminuye con el tiempo.

Atravesar el infierno

Si la fase de necesidad de orinar en todo momento se produce al mismo tiempo que la fase de laxitud extrema en las piernas, el paciente en recuperación puede encontrarse en una situación difícil. Algunos pacientes tenían tan poca respuesta y tanta laxitud en los músculos de los muslos que necesitaban ayuda para ponerse de pie y llegar al inodoro, *además* de ayuda para levantarse del inodoro. Durante la noche, sus cónyuges quedaban agotados con su constante necesidad de ir al baño cada media hora o más. Algunos

pacientes, y sus cónyuges, se han referido a esta fase de la recuperación como la "etapa del infierno".

Algunos pacientes tan solo pasaron por un período *un poco* molesto de mayor sensibilidad de la vejiga. Para otros, la combinación de la necesidad de orinar y la laxitud en las piernas fue la parte más infernal y dura del proceso de recuperación.

Si la necesidad de ir a orinar era imperiosa y le impedía dormir a la persona, le recomendaba que usara pañales para adultos por la noche, o incluso durante el día, todo el tiempo que fuera necesario.

Cistitis

Advierto a los pacientes de que una cistitis puede provocar, a menudo, síntomas de necesidad imperiosa de orinar. Es razonable solicitar al médico un análisis de orina si se presentan estos síntomas. Muchas personas tienen cistitis en momentos de estrés. La recuperación de la enfermedad de Parkinson puede ser estresante, sobre todo durante las etapas de laxitud en los músculos y micción frecuente.

La cistitis es una enfermedad grave y debe tratarse. En personas jóvenes, suele asociarse a micción frecuente, sensación de ardor al orinar, orina más oscura y, a veces, fiebre.

Sin embargo, cuando las personas mayores tienen cistitis, pueden no presentar síntomas, en términos de problemas específicos de la vejiga. Pueden no presentar fiebre, ni dolor o ni siquiera orinar con regularidad, aunque la orina puede ser "turbia" en lugar de transparente. Pero aunque no presenten fiebre, una cistitis sigue siendo un problema de salud grave. En las personas mayores, puede causar debilidad extrema e inestabilidad mental, aunque no haya ningún síntoma evidente en la vejiga. Si existe alguna posibilidad de que un paciente en recuperación pueda tener cistitis, debe solicitar diagnóstico y tratamiento.

Deben tener en cuenta que muchas personas con Parkinson, después de haber leído sobre los síntomas de recuperación, se han preguntado si deberían o no arriesgarse a entrar en un programa que puede generarles situaciones de humillación e incomodidad. ¿Vale la pena recuperarse de la enfermedad de Parkinson? Todos los que se han recuperado por completo se han sentido tan agradecidos por volver a tener un cuerpo sano que los síntomas de recuperación a corto plazo, en retrospectiva, no eran nada de lo que quejarse.

"¡Tienes un aspecto horrible!"

Muy a menudo, los pacientes tienen un aspecto demacrado durante la fase de micción frecuente y la falta de sueño consiguiente.

Esto puede deberse al cansancio, pero en algunos casos, el aspecto demacrado se debe, en parte, al gran aumento de la expresividad del rostro. Si, antes de la recuperación, la persona tenía un rostro bastante inexpresivo, y ahora su cara proyecta una sensación de "me siento agotado y desanimado, no puedo levantarme de la silla, hago pis todo el rato, me duelen los pies y lloro mucho", sus mejores amigos podrían decirle lo mal que se ve.

Este nuevo acontecimiento, la sincera preocupación de los amigos, puede ser una experiencia completamente nueva para algunas personas con Parkinson que antes se mostraban impasibles.

Cuando surgen estos comentarios, los pacientes en recuperación pueden llegarse a preocupar mucho. Están pasando por tantos cambios y no pueden estar seguros de que estos cambios sean para mejor. Cuando alguien dice: "Tienes un aspecto horrible", el paciente

suele entender que lo quiere decir en realidad es: "Tus síntomas de Parkinson están empeorando". Muy a menudo, esto *es* justo lo que el amigo, con sus buenas intenciones, *quiere* decir.

Además, algunas personas con EP no tienen las habilidades sociales intuitivas para saber cuánta información deben compartir con amigos preocupados; en muchos casos, las personas con Parkinson no están acostumbradas a que los demás sean empáticos con ellas.

Antes de recuperarse, la mayoría de los pacientes con los que he trabajado preferían *ser* empáticos con los demás, pero no que lo sean con ellos. No les gustaba mostrarse vulnerables. El instinto de un animal que está en pausa o disociado de una lesión es agazaparse y ser invisible, lo contrario de gritar y decir: "¡Consuélame! ¡Cuídame!".

También me pregunto si una de las razones de las muestras de compasión de amigos y compañeros de trabajo es que el paciente había dejado por fin de proyectar una competencia suprema. Muchas personas con Parkinson a raíz de una pausa autoinducida proyectan un aire de inaccesibilidad, sobre todo en los asuntos personales. Los cónyuges de varios pacientes me han asegurado que el paciente había proyectado durante décadas la señal de "no necesito tu ayuda".

Antes de la recuperación, la inmovilidad facial del paciente podría haber transmitido fuerza interna y/o falta de compasión. Tras recuperar el tono de los músculos faciales, esa inmovilidad desaparece. La persona ya no tiene cara de póquer ni sonrisa "forzada". A medida que el rostro se vuelve más expresivo, hay emociones como la tristeza, el cansancio, el aburrimiento o el resentimiento que pasan a ser evidentes.

Durante la recuperación, a medida que el rostro recobra expresividad y los muros protectores se desmoronan, el paciente puede empezar a mostrarse como una persona a la que se *podría* consolar. Su cuerpo herido y su cansancio envían señales a su familia y amigos: "Estoy cansado y enfermo, y necesito ayuda". Cualquier ser humano sensible puede captar estas señales eléctricas, químicas y de lenguaje corporal. Pero muchos pacientes con EP en recuperación tienen poca o ninguna experiencia como receptores de compasión.

Algunos familiares se han sentido agradecidos de que el ser querido se estuviera "humanizando". Por el contrario, a veces, cuando un paciente empieza a mostrarse más vulnerable, la familia y los amigos se horrorizan por los cambios del paciente. El paciente, en muchos casos, es "La roca" o "El capaz" de la familia o del grupo social. Cuando se vuelve menos heroico, menos impasible y más "humano", quizá incluso con una mayor dependencia emocional, es posible que los miembros de la familia se sientan incómodos con los cambios en la dinámica familiar y con su nueva necesidad de hacerse cargo de esta nueva situación.

Hijos de personas con enfermedad de Parkinson

He mantenido largas conversaciones sinceras con hijos adultos de personas con Parkinson. Muy a menudo, el hijo adulto ha tenido durante mucho tiempo sentimientos encontrados sobre el progenitor que no se dejaba abrazar ni se reía con facilidad. Al no saber por qué el progenitor era tan frío, el hijo solía creer que no era querido. Puede que el progenitor estuviera muy apegado, fuera cariñoso, responsable, trabajador y lógico hasta más no poder, pero el hijo, a menudo, esperaba algo diferente: amor alegre, mimos, incluso tonterías y diversión.

Como ya se ha mencionado, puede ser físicamente doloroso estar cerca de una persona cuyos sistemas eléctricos funcionan de forma diferente a los propios, ni hablar de

acurrucarse o abrazarse con esa persona. En cuanto a dar amor incondicional, una persona al borde de la muerte inminente puede no ser muy buena para prestarle atención a las necesidades "infantiles" del pequeño.

Lo menciono aquí porque esto podría surgir cuando al hijo adulto se le pide que brinde apoyo físico y emocional a un padre anciano que está trabajando para recuperarse del Parkinson. Es muy posible que, desde el punto de vista del hijo, el progenitor nunca se haya mostrado muy solidario física o emocionalmente con los demás. Esto es solo una advertencia. [71]

El cambio en la expresión facial

Se puede experimentar un dolor *muy* leve y temporal en los músculos de la cara mientras se recupera la fuerza en las mejillas. Esto trae a colación un tema completamente distinto: el cambio en la expresividad.

Muchas personas con Parkinson, que suponían que su amistad se demostraba a través de sus acciones, que imaginaban que proyectaban sinceridad y amabilidad, y que se enorgullecían de su mirada que expresaba gran inteligencia y nunca cambiaba, se quedaban atónitas cuando un "amigo" o compañero de trabajo les decía durante la recuperación: "Siempre supuse que no te caía bien porque siempre me mirabas con el ceño fruncido" o "…porque nunca me sonreías".

A un paciente relativamente joven, tras recuperarse del todo, le dijeron sus superiores: "Estamos impresionados por lo mucho que has madurado en tus habilidades sociales en los últimos meses". Sus supervisores nunca supieron que había tenido la enfermedad de Parkinson, y no sospecharon nada mientras se recuperaba. Pero tras su recuperación total, notaron con agrado que había cambiado de alguna manera: "madurado". Me confesó que "lo único" que hacía diferente era sonreír más, bromear con más facilidad, ser más genuino y empático, y no darle demasiadas vueltas a todo.

Algunos pacientes se indignaban por este tipo de comentarios. A otros les encantaban.

Les recomiendo a los pacientes que celebren el hecho de que sus familiares y amigos empiecen a expresar su preocupación por el hecho de que ahora parecen estar agotados, preocupados o de repente "aparentan su edad" (en lugar de parecer unos entes).

Por otra parte, muchos pacientes, incluso mientras se recuperan, se han sentido atacados por sus seres queridos porque estos no creen que es posible que una persona se recupere; piensan *erróneamente* que la medicación evitará o ralentizará la evolución de la enfermedad o, por la razón que sea, quieren que la persona con Parkinson "¡deje de ser tan idiota y haga lo que le dice su médico (tome medicamentos y vuelva a ser normal)!".

Una persona solo logró desactivar la pausa autoinducida cuando se dijo a sí misma "¡Al diablo con mis hermanos!" y dejó de escuchar su bienintencionada insistencia en que tomara los medicamentos, y muchos.

[71] Consulten el siguiente libro: *The Distinguished Guest* (El invitado distinguido); Sue Miller; Harper-Collins; 1995. Esta aclamada obra de ficción detalla la relación entre una persona anciana con la enfermedad de Parkinson a medida que se vuelve físicamente dependiente de su hijo.

Advertencia

Este capítulo es una buena oportunidad para repetir que no todo el mundo es un candidato adecuado para desactivar la pausa después de haberla utilizado durante casi toda la vida.

Las personas de edad muy avanzada, que ya no tienen el suficiente impulso mental para practicar la imaginación de la función motora y así restaurar las conexiones motoras en el cerebro, puede que nunca sean capaces de recuperar por completo su función muscular. Una persona que ya no es capaz de aprender los nuevos hábitos mentales que pueden desactivar la pausa podría no ser capaz de ponerle fin, y podría considerar esto un ejercicio inútil. Incluso si la persona *es* capaz de desactivar la pausa, es posible que tenga que esforzarse durante horas todos los días para imaginar los movimientos de los músculos laxos (además de volver a entrenar el cerebro). Durante la recuperación, podría sentir que se está recuperando del Parkinson, pero, al mismo tiempo, podría estar atravesando un período infernal en el que tiene los músculos muy débiles, orina con mucha frecuencia y no es capaz de levantarse de una silla, darse vuelta en la cama o mantenerse erguida. En este caso, sus problemas se deberán a una laxitud grave, más que a la rigidez de la enfermedad de Parkinson. Si la persona vive sola, esta podría ser una prueba a la que preferiría no someterse.

Incluso a corto plazo, la laxitud grave puede ser un cuadro muy debilitante, agotador tanto para el paciente como para el cuidador. Si se prolonga durante muchos meses, el paciente y sus seres queridos tendrán que preguntarse si la persona no habría estado mejor con Parkinson, sobre todo si los síntomas eran leves y la persona ya era bastante mayor o estaba perdiendo la agudeza mental.

Me resulta imposible decir "cuál es el límite de edad". Me resulta imposible adivinar si una persona en particular es o no un buen candidato para la recuperación total. Por favor, no me pregunten eso. En general, si una persona tiene más de 80 años y le han diagnosticado EP hace poco tiempo, eso indica que su Parkinson se está desarrollando muy, muy lentamente. Puede que no le interese o sea incapaz de hacer los cambios mentales necesarios para recuperarse. Puede que le vaya mejor si sigue con sus síntomas, que aumentan de manera gradual. Tal vez, cuando sea incapaz de moverse, pueda utilizar las dosis más bajas y seguras de medicamentos, y vivir una vida estando atontada por los medicamentos, pero segura y con un poco de independencia.

Les pido que no se pongan en contacto conmigo para preguntarme si su ser querido debería intentar recuperarse. A menudo, recibo consultas en las que me cuentan que un ser querido anciano tiene la enfermedad de Parkinson y no es capaz o no está interesado en leer el material sobre el Parkinson, pero la persona en cuestión que me contacta quiere mi ayuda para "curarlo".

Un mensaje difícil

Yo respondo con un mensaje de este estilo:

"Puede que tu ser querido no sea un buen candidato para la recuperación. La recuperación puede requerir la reconstrucción consciente de la personalidad. Si tu ser querido no está dispuesto a hacerlo o no comprende la necesidad de hacerlo, puede que le resulte *imposible* recuperarse por completo. Tal vez sea mejor que espere el mayor tiempo posible antes de empezar a tomar los medicamentos. Solo funcionan durante unos pocos años, sin importar el estadio de EP en el que se empiecen a tomar. Pero si mantiene la dosis

lo más baja posible y con la mayor eficacia para estar lo suficientemente medicado como para anular la pausa, pero *tampoco* lo suficiente como para que se sienta feliz o exaltado, es posible que pueda obtener buenos resultados con los medicamentos durante muchos, muchos años.

Lee *Medications of Parkinson's or Once Upon a Pill*, que está disponible para su descarga gratuita en www.pdrecovery org.

Por favor, no me pidas ayuda *a mi* para tomar esta decisión. Si tu ser querido tiene EP tipo I y ya no es *capaz* de leer o comprender este libro sobre la recuperación del Parkinson, o no está *interesado* en leerlo, eso es un gran indicio de que es probable que no sea un buen candidato para la recuperación".

Capítulo veintinueve

Síntomas de recuperación: cambios en los hábitos de sueño

Uno de los síntomas más agradables o, para algunas personas, más molestos de la recuperación es el cambio en los hábitos de sueño. Durante la recuperación, incluso las personas que habían padecido insomnio, descubren a menudo que de repente duermen muy bien.

"Demasiado" sueño

Muchos pacientes en recuperación quieren acostarse temprano, levantarse tarde y dormir siestas. Les suele preocupar dormir demasiado: "Me la paso durmiendo". Una persona que se recupera de una lesión grave o de una enfermedad devastadora necesita dormir mucho. Una persona que está desarrollando nuevas neuronas, células musculares y cerebrales necesita dormir mucho. Algunas personas lo aceptan. Otras son incapaces de aceptarlo y les molestan, incluso les avergüenzan, las horas de sueño que ahora necesitan.

Preocupación por dormir demasiado

Muchas personas con Parkinson, en el momento en que se les diagnostica la enfermedad, empiezan a tener dificultades para dormir toda la noche. Al principio de la recuperación, esta nueva capacidad de dormir bien y durante mucho tiempo parece ser una respuesta a la oración. Sin embargo, muchas personas tienen que enfrentar su nueva y espectacular capacidad para dormir con la convicción que han tenido toda la vida de que las personas que duermen mucho son malas personas y perezosas. Aunque esto puede no parecer un gran problema para los lectores que no tienen EP, las horas extra de sueño profundo pueden ser un verdadero reto emocional para muchos pacientes en recuperación. *Muchos* de mis pacientes se han entrenado para juzgar a cualquier persona, incluidos ellos mismos, que no tenga muchos logros en la vida.

Antes de su diagnóstico de Parkinson, muchos pacientes, incapaces de sentir su propio cuerpo y, en algunos casos, sus propias emociones, se valoraban a sí mismos porque "hacían muchas cosas". Durante la recuperación, muchas de estas mismas personas evitaban hacer cualquier cosa que no fuera una necesidad extrema. Un paciente dijo: "Planifico mis días para poder dormir lo máximo posible. Si una actividad no es absolutamente necesaria, no la hago".

Cuando la capacidad y el *deseo* de ser un adicto al trabajo desaparecen, algunos pacientes se sienten avergonzados e incluso deprimidos. La depresión es una afección en la que se reduce al mínimo la liberación de neurotransmisores del movimiento. La depresión puede poner un freno a la recuperación. Si empiezan a sentirse deprimidos por los cambios en sus cuerpos y la aparente pérdida de cualidades de las que solían enorgullecerse, sigan los pasos del libro *Feeling Good*, del Dr. David Burns, al que se hace referencia en la nota al pie de página de la pág. 126.

Un caso práctico sobre la "pereza"

Una paciente que se estaba recuperando de la EP tipo II tenía, al igual que muchas personas con Parkinson, tres trabajos a la vez. Era profesora de matemáticas durante el día,

diseñadora de software por la tarde y música profesional los fines de semana. Durante la fase de "mayor necesidad de sueño" de la recuperación, comenzó a rechazar trabajos musicales porque era incapaz de permanecer despierta por la noche para trabajar en el software, e incluso aparcaba lo más cerca posible de su aula para minimizar la distancia a pie. No *necesitaba* el dinero extra de sus trabajos paralelos. Era una mujer soltera con éxito y sin personas a su cargo, así que su "problema" con trabajar menos era tan solo una cuestión de autoestima.

Cuando estaba en plena fase, entró en mi consultorio y rompió en llanto. Cuando por fin pudo hablar, me contó de los cambios en su estilo de vida. Le pregunté por qué era un problema. Me contestó: "¡Me estoy convirtiendo en el tipo de persona que detesto! *Pero ese no es el problema*. El problema es que nunca supe que detestaba a *alguien*".

Era muy cariñosa, amable y generosa. Siempre había creído que quería a todo el mundo. Pero cuando se encontró minimizando sus actividades diarias para poder dormir más, sus pensamientos internos le gritaron: "¡Te estás convirtiendo en una persona perezosa y *mala*!". Al darse cuenta de que había estado juzgando de manera inconsciente (y les parecían ineficientes) a las personas que *no* tenían tres trabajos y hacían un esfuerzo constante, se sintió muy avergonzada de sí misma.

Como lectores, pueden pensar que este tipo de pacientes están haciendo un escándalo por nada. Pero el aumento de la necesidad de dormir y la disminución de la necesidad de "hacer cosas", o de "hacer que las cosas sucedan", era a veces una experiencia emocional devastadora para aquellas personas que solo se habían valorado a sí mismas en función de lo que eran capaces de lograr. A algunos también les preocupaba convertirse en una carga o en una carga cada vez mayor para su cónyuge u otros miembros de la familia.

¿Cuánto duró la necesidad de dormir más tiempo?

La necesidad de dormir más tiempo no es una cuestión lineal. Algunas personas necesitan unas horas más al día o una siesta durante las tardes del fin de semana. A veces, esta mayor necesidad dura meses. En algunos casos, dura años. Muy a menudo, la "nueva" cantidad de sueño es en realidad una cantidad de sueño mucho más saludable. Muchos de mis pacientes con EP han tenido un déficit crónico de sueño. En algunos casos de recuperación, los pacientes nunca volvieron a los hábitos de sueño que tenían, según los cuales dormían menos que la mayoría de la gente. A medida que las personas se recuperan, dejan de sentir la agitación interna basada en la pausa que podría haberlos obligado a dormir lo menos posible. El nuevo hábito de sueño de "persona perezosa" suele ser *más saludable*.

Algunos pacientes aceptan con gusto la nueva cantidad de sueño que necesita su cuerpo. Otros caen en la desesperación porque sienten sinceramente que se la pasan durmiendo durante todo el día, sin un final claro.

En general, los más jóvenes necesitaron mucho menos sueño "extra" durante la recuperación que los mayores. Por ejemplo, una paciente de unos 30 años, que empezó el programa de recuperación inmediatamente después del diagnóstico, solo necesitó varios días de quedarse en casa y dormir todo el día. Un paciente jubilado de unos 60 años que padecía un caso avanzado de Parkinson descubrió que, durante la recuperación, dormía mucho por la noche y luego necesitaba dos siestas durante el día. Sin embargo, no hay normas estrictas y existen variaciones y excepciones a la norma. Por no hablar del hecho de que algunas personas de 30 y tantos años tienen un caso avanzado en el momento del

diagnóstico y algunas personas de 80 y tantos tienen un caso leve en el momento del diagnóstico.

Cambios en los hábitos de sueño

Los hábitos de sueño de algunas personas pasan por *varios* cambios. Un paciente en recuperación puede dormirse a las nueve de la noche y despertarse a las siete de la mañana, es decir, duerme mucho más de lo que solía dormir. Unos meses más tarde, es posible que no pueda dormirse hasta las tres de la mañana y que duerma hasta el mediodía. Y, luego, unas semanas o meses más tarde, el hábito podría cambiar de nuevo: se acuesta a las siete y se despierta a las cinco.

Cualquiera que haya criado a un niño recordará que los niños pasan por períodos en los que necesitan una enorme cantidad de sueño, y otros períodos en los que ni siquiera necesitan dormir la siesta. Durante estos períodos de mayor sueño y alteración de los hábitos de sueño, el niño se encuentra atravesando un proceso importante de crecimiento mental, emocional y/o físico. Pero una persona que se está recuperando de Parkinson es muy probable que, en estos períodos de mayor sueño y alteración de los hábitos de sueño, se encuentre atravesando un proceso de curación *y* crecimiento.

Intervalos de dos horas de inmovilidad profunda

Algunos pacientes en recuperación han notado que, aunque no se sintieran cansados, tenían una inmovilidad física intensa, como si estuvieran drogados, durante unas 2 horas al día. Estas dos horas de inmovilidad a veces ocurrían a la misma hora todos los días, y se prolongaban durante varios días o incluso durante meses. Este tipo de sueño tan extraño se parece a la inmovilidad motora inducida por analgésicos fuertes como el Demerol, un medicamento que permite al paciente permanecer absolutamente consciente, pero sin poder moverse ni hablar.

El paciente en recuperación puede estar bien consciente, relajado y, sin embargo, ser incapaz de mover ninguna parte de su cuerpo, incluso *parecer* dormido.

Este tipo de "sueño" o inmovilidad total en estado de alerta se solía producir, si es que se producía, durante unas 2 horas seguidas. Una vez transcurridas esas dos horas, el paciente recuperado reanudaba rápidamente su capacidad normal de movimiento. Pero al día siguiente, más o menos a la misma hora, podía volver a sufrir 2 horas de inmovilidad leve, pero completa. Y de nuevo al día siguiente. Y al siguiente.

Solo un pequeño porcentaje de pacientes padecía una parálisis de 2 horas con laxitud a la misma hora todos los días. De los que la tuvieron, la mayoría solo la padeció durante unos días. Algunos durante una semana. Unos pocos la tuvieron durante varios meses. Tenía la impresión de que las personas que la tuvieron durante varios meses también se recuperaban más rápido, en general, aunque, por supuesto, ha sido imposible realizar comparaciones de investigación significativas.

Más teoría sobre los canales

Los períodos de 2 horas de extrema laxitud e inmovilidad corresponden a la actividad de sanación en canales eléctricos específicos. Cada canal principal tiene un período específico de 2 horas durante el día en el que circula en su máximo amperaje.

Por ejemplo, el canal del pulmón circula con mayor potencia (mayor amplitud de voltaje) entre las 3 y las 5 de la mañana. Las personas con problemas pulmonares suelen

despertarse durante este período de 2 horas, ya que los pulmones realizan un trabajo de curación, en el que pueden presentar tos y expectoración. El canal del intestino grueso se acelera entre las 5 y las 7 de la mañana, cuando el intestino empieza a despertarse. El canal del estómago transporta el mayor flujo de las 7 a las 9 de la mañana, y así sucesivamente. Esta antigua teoría médica circadiana china se conoce como "La ley de mediodía-medianoche". Esta teoría tiene muchas aplicaciones para la medicina. Incluso los médicos occidentales han observado que las operaciones de determinados órganos se realizan mejor a determinadas horas del día. Pueden leer más sobre este tema en *Tracking the Dragon*. Esta teoría es mucho más sofisticada que las conjeturas relativamente nuevas sobre la teoría circadiana que se proponen en la medicina científica tradicional.

Los momentos del día con mayor amplitud de voltaje en el flujo de Qi en un canal determinado son también los momentos del día en los que es más probable que se produzca la curación en las partes del cuerpo que influye ese canal en particular.

Estas horas son aproximadas y se basan en el sol. Por ejemplo, "6:00 a. m." en realidad se refiere a la salida del sol, *sea cuando sea* que ocurra. 6:00 p. m. se refiere a la puesta del sol. Las horas *no* se basan en el meridiano de Greenwich.

Si una parte del cuerpo por la que circula sobre todo el canal del estómago necesita una reparación intensiva, lo más probable es que el cuerpo realice este trabajo de reparación entre las 7 y las 9 de la mañana. Durante estas 2 horas, si el cuerpo está realizando un *enorme* trabajo de curación en cualquier área dañada por la que circule el canal del estómago, es posible que una persona que esté relajada no pueda mover ninguna parte de su cuerpo. De 7 a 9 de la mañana, que es la hora de máxima actividad del canal del estómago, puede sentirse laxa, un poco paralizada o muy, muy somnolienta. Se recuperará y volverá a la vida cuando el Qi empiece a fluir con más fuerza en el siguiente canal de la secuencia, el canal del bazo, entre las 9 y las 11 más o menos.

Cuando se produce este tipo de laxitud de 2 horas, la persona (que puede tener una función física casi normal durante el resto del día) tiene una especie de advertencia previa: puede sentir cómo se relaja de a poco, durante un período de unos 10 minutos, hasta caer en una inmovilidad calma y profunda. Una vez que se encuentre cómoda en este estado, solo una emergencia podrá sacarla de este. Al cabo de unas 2 horas de parálisis "leve" y delicada puede volver a moverse con total normalidad, hasta la misma hora del día siguiente.

Si el paciente se lo toma con calma, estos períodos de inmovilidad son agradables, incluso cómicos. Pueden ocurrir a diario o no, hasta que se cure el área en la que se está trabajando. Además, cuando una persona deja de tener la parálisis tranquilizadora de 7 a 9 de la mañana (o cuando sea), es posible que atraviese otro período de 2 horas de inmovilidad calma en otro momento del día.

Por ejemplo, una persona que necesitaba mucho trabajo de reparación alrededor de los omóplatos fue incapaz de moverse de 1 a 3 de la tarde durante unos días mientras el área de los omóplatos recuperaba más movimiento y sensibilidad. La semana anterior, había estado laxa de 7 a 9 de la tarde.

Una vez más, *no* era el tipo de parálisis rígida que puede tener una persona después de un accidente cerebrovascular o una poliomielitis. Es un momento de tranquilidad, un período de calma profunda durante el cual una persona puede estar despierta o dormida, y su capacidad de movimiento se desactiva. Es algo parecido al descanso profundo y relajante que puede producirse después de que baja la fiebre alta y una persona se sumerge en una

inmovilidad profunda y curativa durante la cual está despierta, pero no siente absolutamente ningún interés por mover un solo músculo.

Esta inmovilidad no se produce si la persona tiene estrés o se encuentra en algún tipo de emergencia. Ocurre en personas que se entregan sin restricciones a los deseos de su cuerpo en la medida en que sea razonable.

Un ejemplo

Durante casi 2 meses, fui una de esas personas que se "desconectaba de la realidad" por las mañanas. Podía levantarme a cualquier hora de la mañana siempre que fuera antes de las 7. Podía levantarme temprano y empezar el día: desayunar, hacer ejercicio, leer el diario. Alrededor de las 7 de la mañana, poco a poco me iba quedando sin fuerzas, era incapaz de moverme o hablar. A eso de las 9, me recuperaba. En 15 minutos, volvía a estar en pie, con normalidad. Reprogramé mi trabajo y cambié la hora de entrada de las 9 a las 11 de la mañana. Ninguna de las personas con las que trabajara sospechaba que me pasaba dos horas cada mañana despierta, pero totalmente incapaz de moverme.

Durante esta fase, tenía muchas ganas de asistir a una exposición extravagante e itinerante de obras de Leonardo Da Vinci. El único lugar que albergaba esta exposición en la costa oeste de Norteamérica era un museo de Victoria, Columbia Británica, Canadá.

Me alojé en la casa de una amiga cerca de Seattle, pero aunque ella me estuviera cuidando y acompañando, asistir a la exposición iba a ser todo un desafío: teníamos que salir de casa a las 5:30 de la mañana para tomar el ferry de las 7:00 de la mañana de Seattle a Victoria. Le advertí de mis pequeños ataques de "laxitud" entre las 7 y las 9. Ahora bien, siempre me ha gustado estar en el agua. Nunca me he sentido más segura que en un barco. Desde entonces he aprendido que muchas personas con EP se sienten así. Quizá sea porque nadie puede "atraparte" cuando estás lo suficientemente lejos de la costa. De todos modos, no estaba teniendo pensamientos de emergencia. Todo lo contrario: me sentía muy bien y esperaba disfrutar mucho de la exposición de Da Vinci.

Empecé a sentir laxitud a partir de las 7 de la mañana, justo cuando embarcábamos en el ferry. Mi amiga me ayudó, casi arrastrándome los últimos metros, a sentarme en la cafetería del ferry. Quizá se haya debido a que estábamos en un barco, lo que significaba que me sentía más segura, pero entré en una de mis "inmovilizaciones" más profundas. Permanecí sentada, desplomada, con los ojos abiertos, el cuerpo inmóvil, incapaz de hablar, durante casi 2 horas, mientras Sandy charlaba conmigo sobre lo que hacían sus hijos en el colegio. Luego, unos 20 minutos antes de atracar en Victoria, me incorporé. Empecé a conversar con Sandy y le puse fin a su monólogo. Al cabo de unos minutos, gesticulaba y bromeaba como si nada hubiera pasado.

Sandy se alarmó un poco. "¡Volviste a la normalidad! Me hablaste de esos 'ratos de tranquilidad' de 2 horas, pero no te creía. Es lo más raro que he visto en mi vida. He estado aquí sentada preguntándome cómo demonios iba a arrastrarte por toda Victoria. Pensé que estabas enferma o algo así. Estaba a punto de llamar a un médico, ¡y ahora estás normal! ¡Absolutamente normal! Nunca había visto una cosa así. ¿Hace cuánto tiempo que te ocurre esto todas las mañanas?".

Poco después, dejé de tener estos períodos de 2 horas en los que me "desconectaba de la realidad". Durante el tiempo que los tuve, ayudé a planificar y realicé una gran boda familiar en mi casa. También trabajaba a tiempo completo. Como pueden ver, *no* estaba

incapacitada durante ese período. Tan solo no podía moverme entre las 7 y las 9 de la mañana.

Miedo a la necesidad de dormir

He oído hablar de algunas personas con Parkinson que han decidido no intentar recuperarse porque les asustaba la idea de necesitar dormir mucho tiempo. Me han explicado que no pueden permitirse perder días de trabajo. Algunas incluso me han preguntado si conozco alguna forma de recuperarse sin pasar por los síntomas de recuperación.

Algunas también temían que, para explicarles al jefe o a los compañeros de trabajo que necesitaban dormir más, también tuvieran que confesar el horrible hecho de que les habían diagnosticado la enfermedad de Parkinson. Temen que el aumento de la necesidad de dormir *o* la confesión del padecimiento de una enfermedad física les haga perder su trabajo.

Tener miedo de faltar al trabajo o tener miedo de parecer perezoso (otra razón frecuente para no querer intentar recuperarse) durante el período de mayor necesidad de sueño es una actitud basada en el miedo que arremete directo contra lo que muchas personas con Parkinson piensan que necesitan: logros. Como se ha señalado antes, muchas personas se valoran a sí mismas solo en términos de lo que logran cada día.

Visto así, es comprensible que muchas personas tengan *miedo* de cualquier cosa que pueda desestabilizar la idea de que cumplen con su trabajo, incluida la recuperación.

Pero, como ya se ha señalado, en caso de emergencia, las personas que se recuperan de Parkinson *son* capaces de moverse. Hemos observado que, si acudir al trabajo era algo crucial para una persona en recuperación, era capaz de asistir al trabajo. Sin embargo, si este era el caso, podía pasarse los días *libres* durmiendo las 24 horas del día. Los pacientes en recuperación parecen ser capaces de encontrar una solución en lo que respecta al empleo u otras necesidades "de emergencia" sin dejar de hacer el trabajo de recuperación que haya que hacer, dentro de lo razonable.

Períodos de cantidades insuficientes de dopamina

Además de tener los músculos laxos durante el momento del día en que se estaba produciendo una cantidad significativa de curación a lo largo del recorrido de un canal determinado, una persona que se está recuperando puede sentirse laxa durante un breve período si/cuando el cerebro se queda temporalmente sin suministro de dopamina. Durante estos períodos bastante cortos, que ocurren cuando no hay ninguna emergencia, la persona se siente laxa y relajada, que es la *forma* en la que se siente una persona cuando las cantidades de dopamina son suficientes para mantener la consciencia, pero insuficientes para activar la función motora. A lo largo de semanas o meses, a medida que el cerebro en recuperación aumenta de forma constante la cantidad de dopamina en respuesta a la necesidad, estos acontecimientos temporales de corta duración se espacian cada vez más y duran menos tiempo hasta que, en algún momento, no vuelven a ocurrir. Este tema se trató en profundidad en el capítulo cuatro (páginas 40 y 41), en la sección sobre la sustancia negra.

Debo mencionar que, incluso después de que una persona deja de tener estos episodios de forma regular, puede volver a tenerlos meses o incluso un año más tarde, después de experimentar un evento de frío intenso o algún otro que agote la dopamina, como

una enfermedad grave. Dos años después de haberme recuperado por completo, pasé un día entero de invierno en un barco en el norte del Pacífico, expuesta a los vientos y al rocío. Fue una experiencia emocionante, aunque estuve todo el día mojada y helada. Tardé horas en recuperar la temperatura corporal y volver a casa. A la mañana siguiente, mientras daba una caminata, experimenté un episodio de "dopamina baja" de 20 minutos en el que tuve un leve desmayo y me senté en un tronco bajo el frío sol de invierno; sentía los músculos completamente laxos y era incapaz de moverme. Creo que el hecho de que hacía mucho frío ayudó a que mi cerebro pueda aumentar las cantidades de dopamina. En los casi 20 años transcurridos desde aquel día, nunca he vuelto a experimentar otro "evento de inmovilidad" por insuficiencia de dopamina.

"Cúrame rápido para que nadie sospeche que he tenido Parkinson"

Un paciente asistió a nuestro programa (ahora finalizado) en Santa Cruz y, en su primera visita, me preguntó: "¿Puede curarme muy rápido para que nadie sepa nunca que tuve la enfermedad de Parkinson?".

Le dije que no podía prometerle nada, y le pregunté por qué le importaba si la gente se enteraba de que había tenido EP. Me contestó que era preparador físico: "Tengo un buen sueldo porque mis clientes piensan que estoy más sano que ellos. Si supieran que tengo un problema físico, me rechazarían".

Le dije que podía estar equivocado, y que si era capaz de mostrar a sus clientes cómo podía afrontar y recuperarse de una enfermedad difícil, podrían respetarlo aún más. Se empeñó en que yo no lo entendía, y que todo el mundo lo despreciaría y lo acusaría de mentiroso si promocionaba un buen estado físico cuando, en realidad, tenía Parkinson.

Le dije que me parecía que si realmente se sentía enfermo y fingía estar bien para poder seguir engañando a sus clientes, entonces les estaba *mintiendo*. Me contestó que tenía que mentir para poder subsistir. Entonces le pregunté si su problema no era tanto que la gente *pensara* que era un mentiroso, sino que descubrieran que en realidad *lo era*. Estuvo de acuerdo y no pareció entender que esta *última* situación lo perjudicaba más.

Me contestó que la gente lo *odiaría* si supiera que era preparador físico y, a la vez, padecía la enfermedad de Parkinson. Estuvimos debatiendo esta cuestión durante un rato. Cuando me negué a garantizarle que podría recuperarse rápido y de tal forma que nadie sospechara que había estado "enfermo", decidió no intentar recuperarse. Optó por los medicamentos.

No fue el único. Muchas personas con Parkinson comparten ese mismo temor de que, si hacen pública su imperfección física, la gente los despreciará o ellos quedarán expuestos a algún tipo de riesgo desconocido. Pasaron años antes de que me diera cuenta de que evitar la apariencia de vulnerabilidad es una parte biológicamente normal del modo de pausa y de la personalidad parkinsoniana. Un animal gravemente herido, que está en modo de pausa, no se atreve a mostrar ningún signo de debilidad a un depredador *o* adversario cercano.

Muchos pacientes, que se comportan a nivel neurológico como animales heridos o "heridos en batalla", sienten que aún no están en un lugar lo suficientemente seguro como para permitirse bajar la guardia. Por desgracia, algunos han adoptado una actitud de cautela tan fuerte durante tantas décadas que no pueden cambiar fácilmente, ni siquiera cuando se los tienta con la posibilidad de recuperarse de la EP. Algunos creen que cualquier *cambio* de actitud sería un signo de debilidad, una señal de entrega. Como he mencionado antes, si

tuviera que elegir una palabra que mis pacientes con EP temen más que a ninguna otra, sería "entrega".

Renunciar al trabajo

Por el contrario, ante la idea de *posiblemente* tener que faltar unos días al trabajo porque necesitan dormir más, muchos pacientes deciden dejar de trabajar. Siempre me decían que se recuperarían más rápido si tuvieran tiempo libre para centrarse en su recuperación. Siempre se equivocaban. Los que dejaban de trabajar para "centrarse en la recuperación" nunca se recuperaban y sus síntomas empeoraban más rápido. Desaconsejo este tipo de pensamiento que es muy frecuente.

He visto que a los pacientes que *continúan* en sus trabajos habituales mientras siguen esforzándose por desactivar la pausa les va mucho mejor. La actitud de aislarse no hará que las personas quieran adoptar una nueva mentalidad, sino que hará que estas sigan con sus rutinas habituales. La presencia frecuente de otras personas, incluidos los compañeros de trabajo, solía ser una bendición para los pacientes que nunca se habían dado cuenta de que "otras" personas pueden ser en verdad de gran ayuda, incluso si la persona con Parkinson las solía considerar más lentas, estúpidas y perezosas. Aprender a *aceptar* la ayuda de los demás forma parte de aprender a sentirse seguro. Y sentirse seguro libera dopamina. La liberación de dopamina *no* se produce cuando una persona se retrae y tiene miedo.

Qué no es la liberación de dopamina

Muchas personas que intentan recuperarse no pueden entender que estar en modo parasimpático y, al mismo tiempo, liberar dopamina *no* es el resultado de lograr lo que uno *quiere*, que a menudo se expresa como "ser feliz". La liberación de dopamina *no* es el resultado de retraerse o esconderse en el entumecimiento calmo que uno experimenta antes de quedarse dormido. La liberación de dopamina *no* es el resultado de reprimir o contener las emociones para mostrarse tranquilo ante los demás. La liberación de dopamina *no* es el resultado de lograr sentirse "seguro" actuando mediante impulsos de autoprotección y autoconservación fundados en el miedo. La liberación de dopamina *no* es el resultado de recibir elogios de los demás. *No* es el resultado de lograr un éxito material o un éxito en el ámbito social.

Qué es la liberación de dopamina

La liberación de dopamina se produce cuando una persona se siente lo suficientemente segura como para estar viva sin correr ningún riesgo; esto significa poder hacer frente a los riesgos, las frustraciones y los fracasos: en otras palabras, lo bastante segura como para estar viva pase lo que pase. La liberación de dopamina se produce cuando una persona *prevé* experimentar la alegría de estar viva *tanto si consigue hacer lo que quiere como si no*: tanto si gana como si pierde, tanto si está tranquila como si está enérgica. Quedarse en casa y no ir a trabajar para microgestionar el tiempo personal y así poder practicar "ser feliz" *y* evitar la confrontación o los riesgos es exactamente lo *contrario* a prever el sentimiento de la alegría de estar vivo *sean cuales sean* las circunstancias. Disfrutar de la vida, con sus riesgos y todo, es lo *contrario* de hacerse el muerto.

La vida está llena de riesgos. Darse la orden de hacerse el muerto automáticamente, excepto en los momentos en que uno logra justo lo que *cree* que quiere, es una forma de

evitar riesgos, pero a costa de acabar teniendo Parkinson, un síndrome en el que uno se convierte en un muerto en vida. [72]

Recibir ayuda en lugares inesperados

Aquellas personas que continuaron trabajando, que incluso compartieron con sus compañeros de trabajo el hecho de que padecían Parkinson y que estaban intentando recuperarse, a menudo se encontraron con que se les quitaba un enorme peso de encima cuando se enteraron (para su sorpresa y asombro) de que sus compañeros eran capaces de tomarse con calma su "imperfección". Algunos incluso recibieron un apoyo y fortaleza inesperados de sus compañeros.

Una paciente en recuperación que siempre se había mirado en el espejo cuando necesitaba invocar más entumecimiento tuvo un accidente en el trabajo: se chocó a una amiga. Se tropezó y cayó al suelo. Su bebida se volcó en toda la parte delantera de la blusa. Entonces, se levantó y se dirigió al baño de damas para mirarse en el espejo, donde su imagen, conocida como la Dama de los espejos, le ordenaría que se entumeciera para no sentir vergüenza. Pero una compañera de trabajo que sabía por lo que estaba pasando la detuvo: "No. Ya no obedecerás más a la Dama de los espejos. Déjame ir contigo y limpiarte. Tengo una camiseta limpia que puedes ponerte". Mi paciente me contó la semana siguiente que ese fue el momento en que empezó a fortalecer su relación con su amiga invisible y a rechazar el poder que le había dado toda su vida a la Dama de los espejos, un mecanismo que utilizaba para inducir la pausa.

Recomiendo que una persona siga trabajando o realizando sus actividades habituales de la vida cotidiana en la medida de sus posibilidades y, al mismo tiempo, que permita que los síntomas de recuperación, incluida su mayor necesidad de dormir, se manifiesten libremente, siempre y cuando sea razonable.

[72] Cuando yo era niña, la frase "muerto en vida" se utilizaba para describir la inevitable parálisis del Parkinson.

En cuanto a la cuestión de celebrar la vida tanto si consiguen lo que *quieren* o *desean* como si no, les recomiendo que lean "If" de Kipling. Aunque a veces se interpreta erróneamente como un canto al estoicismo, en realidad es un homenaje a "no apegarse a los resultados": un principio subyacente del hinduismo. Kipling lo escribió tras sus experiencias en la India, donde se maravilló de la absoluta confianza en lo Divino y el desapego a los resultados que observó en la población hindú. La India, hasta el reciente ascenso de la clase media y su fuerte presión por "triunfar", era históricamente uno de los países con menor tasa per cápita de enfermedad de Parkinson. Hoy en día, la India urbana tiene la misma tasa per cápita de EP que otras naciones desarrolladas.

Capítulo treinta

Síntomas de recuperación: cambios cerebrales

Uno de los síntomas más extraños de la recuperación, un síntoma que nadie podría haber esperado, fueron los movimientos de reorientación intracraneal del cerebro.

Estos movimientos, a los que denominé "cambios cerebrales", eran acontecimientos fugaces que se sentían como si distintos sectores del cerebro cambiaran de posición entre sí.

Había tres tipos de cambios cerebrales: de adelante hacia atrás, de arriba abajo y de lado a lado.

Cambio cerebral de adelante hacia atrás

En lo que yo llamo un cambio cerebral "de adelante hacia atrás", la persona tiene la sensación de que las partes delanteras y traseras del cerebro se han separado.

El cambio suele comenzar con la sensación de que el hueso frontal (la frente) se separa levemente del resto del cráneo y que se desplaza una fracción de pulgada. Poco después, la cabeza se siente muy relajada y ligera, como si hubiera disminuido la presión interna en el cráneo. A continuación, se produce una sensación como si el lóbulo frontal del cerebro flotara despacio hacia arriba y hacia delante. La parte posterior del cerebro se mueve un poco hacia abajo y hacia atrás al mismo tiempo o un momento después.

Las sensaciones pasan muy rápido, duran lo que tarda un músculo en relajarse. Estas sensaciones no son muy fuertes y van seguidas de una leve percepción de disminución de la tensión en la cabeza.

Cambio cerebral de arriba abajo

El cambio de arriba abajo puede sentirse como si una enorme presión interna comprimiera el cerebro sobre el tronco encefálico. Este cambio cerebral se describe como la sensación de tener puesto un "sombrero demasiado apretado" o un "gorro de natación" que está comprimiendo la cabeza. Durante este cambio cerebral, las personas a veces sienten un fuerte impulso de pisar fuerte con los pies, como si estuvieran intentando aplastar la columna vertebral para colocarla en una mejor posición mientras la cabeza empuja hacia abajo sobre la parte superior de la columna vertebral. Había veces que no experimentaban la sensación de tener puesto un "sombrero demasiado apretado", pero, en general, esta sensación parecía ser la misma que la que ocurría en un cambio cerebral de arriba abajo.

Por ejemplo, una persona describió así el suceso: "Estaba sentado en la sala de espectáculos mientras escuchaba un recital de piano y, de repente, giré la cabeza y sentí un profundo dolor punzante en el centro de la cabeza. Iba desde la parte superior de la cabeza hasta la parte cervical de la columna vertebral. ¿Cómo describirlo? Podría decir que es como si me hubiera dado un tirón muscular o algo así, pero esa no era realmente la sensación. Fue como si un gran tren me atravesara desde el centro de la cabeza hasta la columna vertebral. ¿Dolió? Bueno, en realidad no *dolió*. La sensación de sacudida desapareció en unos minutos, pero el impacto que esta me generó duró unos 20 minutos más".

En mi caso, sentí como si un enorme peso cayera sobre mi cabeza y me daban ganas de pisar con fuerza el suelo. Mi marido se limitaba a mirar sorprendido mientras yo

levantaba enérgicamente las piernas y las golpeaba con fuerza contra el suelo. Me sentía *tan* bien cuando hacía esto. Parecía como si hubiera estado 10 minutos pisando fuerte, pero tal vez había sido mucho menos tiempo del que pensaba, probablemente menos de 1 minuto. Cuando la presión y la opresión alrededor de la cabeza cesaron, dejé de pisar con fuerza el suelo. Y entonces sentí una *gran* relajación dentro de la cabeza.

Cambio cerebral de lado a lado

El ajuste de lado a lado fue el más extraño y satisfactorio. Suele comenzar en el lado más sano (menos afectado por la EP) del cerebro. Por ejemplo, si los síntomas de una persona son peores en el lado *derecho* o empiezan en el lado *derecho*, este fenómeno suele comenzar en el lado *izquierdo* de la cabeza, y viceversa. Suele comenzar detrás de la oreja, justo por encima de la apófisis mastoides.

Al principio se siente como un sonido muy bajo, tan bajo que apenas se puede percibir. En esta fase, esto podría considerarse una sensación vibratoria más que un sonido. A medida que la vibración se acelera y aumenta la frecuencia hasta alcanzar un tono cada vez más alto, vibra por el centro mismo de la cabeza.

A esta altura, el paciente puede pensar con asombro y aceptación: "Vaya, estoy a punto de morir". La vibración sigue aumentando de velocidad y subiendo de tono hasta que sale vibrando por el lado opuesto del cerebro, en el área cercana a la sien. Después de esto, se siente un silencio profundo en la cabeza.

Una vez que la vibración sale por el lado de la cabeza, el temblor *interno*, si lo hay, puede detenerse o disminuir considerablemente. En algunas personas, el temblor cesa mucho antes de que se produzca el cambio cerebral. En mi caso, el cambio cerebral se produjo varios meses después de que cesara el temblor. En algunas personas, el temblor cesó mucho *después* del cambio cerebral. Sin embargo, en algunos casos, el cambio cerebral pareció desactivar o reducir bastante el temblor.

La sensación de silencio interno que viene después del cambio cerebral de lado a lado es tan profunda, tan apacible, que algunos pacientes suponen, por un momento, que han muerto.

Tras experimentar un cambio cerebral de lado a lado, una persona a veces necesita unos instantes para cerciorarse de que sigue viva, *a pesar* del silencio interno. A veces, solo después de notar que respira, el paciente se da cuenta de que no ha muerto.

Años antes de que apareciera cualquier síntoma de la enfermedad de Parkinson, muchas personas con Parkinson han sentido la presencia de un temblor interno constante, un temblor que, *con el tiempo*, acabó generando un temblor físico. Otros siempre habían pensado que las vibraciones en la cabeza eran normales, y solo se dieron cuenta de que habían tenido una agitación patológica en el cerebro cuando cesó. De todos modos, la sensación es *increíblemente* buena cuando el temblor interno cesa por completo.

El cambio cerebral de lado a lado suele ser un momento muy significativo en la recuperación, sobre todo porque puede reforzar la sensación de que el Parkinson no va a volver. Algunas personas me han dicho que deben de haber tenido un cambio cerebral durante la noche, pero que se han quedado dormidas porque se despiertan por la mañana con la sensación de que algo indescriptible ha desaparecido de sus vidas.

La mayoría de mis pacientes que han estado despiertos durante el cambio cerebral dicen que supusieron que se estaban muriendo. Y cuando aceptaron que se iban a morir, e

incluso que esa experiencia iba a ser maravillosa, fue cuando la vibración aumentó y se detuvo. Se me viene a la mente la palabra entrega…

Una paciente que tuvo un cambio cerebral, pero que seguía experimentando un leve temblor, me dijo que, aunque seguía temblando, ahora era solo un temblor físico que no estaba para nada conectado con el cerebro, y que era mucho menos molesto.

Me explicó: "Ya no me tiembla la cabeza. Me tiembla el brazo cuando estoy de pie, pero me da la sensación de que es porque tengo el brazo débil. También lo siento en la cadera cuando estoy recostada, pero es más bien una sacudida causada por la debilidad muscular, no un temblor. No es tan molesto. Antes, *yo* temblaba porque algo dentro de mí lo hacía. Ahora solo me tiembla el brazo o la cadera. Parece más un hábito muscular; ahora puedo reírme de ello". (Como íbamos a descubrir más adelante, todavía tenía otra lesión sin curar que le afectaba la cadera).

En mi caso, mi temblor interno cesó después de la epifanía. Aun así, experimenté un cambio cerebral de lado a lado unos 2 meses después, tras el cual sentí aún más calma interior.

En mi consultorio

Tuve la suerte de observar cómo una persona experimentaba un cambio cerebral de lado a lado mientras estaba en mi consultorio, mientras le sujetaba el hombro, haciendo Yin Tui Na.

Se le abrieron mucho los ojos. Se llevó las manos a los lados de la cabeza. Se le abrió la boca y emitió un grito silencioso. Todo duró menos de un minuto. [73]

Después de varios minutos de haber estado intentando describirnos a su marido y a mí lo que acababa de ocurrir, comenzó a reírse y exclamó: "¡Me siento muy *bien*! ¡Me siento muy *bien*!". Todavía tenía que experimentar algunos síntomas de recuperación, pero en el fondo sentía que, de repente, sin lugar a dudas, se había "puesto mejor". [74]

Descripción de un paciente

Lo que leerán a continuación es una transcripción parcial de una grabación realizada en mi consultorio a un paciente que había experimentado un cambio cerebral de lado a lado apenas 4 horas antes de visitarme. "Querrás grabar esto" —me dijo cuando llegó para su sesión semanal. Fue mi primer paciente que experimentó un cambio cerebral de lado a lado. Desde entonces, otros han compartido historias similares. Esta persona era psicoterapeuta y estaba acostumbrada a escribir casos prácticos y analizar experiencias mentales. Encendí mi dispositivo de grabación de audio. Mientras hablaba, también hacía algunos gestos con los brazos. Esto es lo que transcribí de la grabación:

[73] Cuando otro paciente me comentó por correo electrónico que había experimentado un cambio cerebral de lado a lado, lo describió como "un grito silencioso, como el del famoso cuadro" de ese nombre. El término coincide a la perfección, de modo que lo he utilizado desde entonces para describir el momento fugaz en el que parece como si los hemisferios cerebrales vibraran para volver a su posición correcta.

[74] Estoy escribiendo esto en 2020. La vi hace unos meses por un resfriado. No había tenido síntomas de Parkinson desde que se produjo su cambio cerebral en 1999. La habían diagnosticado dos neurólogos. Cuando volvió a ver al segundo *después* de recuperarse, ese neurólogo le dijo que era psicótica y que era obvio que había tenido parkinsonismo psicógeno.

“Tuve una experiencia impresionante, simplemente impresionante… la conclusión es que alguna forma de vida, o alguna parte de mí, algún pedazo de mí, murió durante la noche. Y puede que fuera la parte del Parkinson… Tuve la sensación de que algo estaba llegando a su fin, era como si me estuviera muriendo, pero era consciente de que no creía que me estuviera muriendo de verdad… No me estaba preparando para mi propia muerte real, sino como si alguna parte de mí o algo en mí se estuviera muriendo. Y fue una experiencia única.

Me dejé llevar, respiraba bien, y fuera lo que fuese se movió hasta el punto de morir, ser libre… (pausa larga). Y todavía no estoy seguro de qué palabras usar para describir lo que sentí (se le llenaron los ojos de lágrimas). El tiempo también me dará alguna perspectiva al respecto. Pero es como si algo se hubiera levantado. Le di tiempo suficiente para que se fuera y me despedí de él respetuosamente. Y entonces, cuando estuve seguro de que se había ido y me di cuenta de que sería su, me incorporé a un lado de la cama. (Pausa larga). En ese momento, fui consciente, más que antes, de que estaba realmente vivo, de que no era una experiencia de muerte, de que no me estaba preparando para tener un infarto o para morir, sino que algo había muerto, algo se había ido, algo se había levantado y tuve una extraña experiencia de… ligereza y… tranquilidad (lágrimas)… creo que esas dos palabras lo describen bien. Y en ese momento supe que no me estaba muriendo, que no estaba muerto, que seguía viviendo…

Tenía claro que se trataba de una experiencia personal; lo interesante era que no sentía temblores, y era increíble. Pero me dedico a estar abierto a creer en lo increíble, así que espera y verás, el tiempo lo dirá, pero está claro que fue una experiencia importante.

Estaba claro que ya no tenía temblores. Tenía una sensación de equilibrio y quietud que era nueva, que no quería poner a prueba, por miedo a que no se pudiera demostrar. Así que empecé a ponerla a prueba de a poco. Ah. También había una sensación de simetría que no había tenido antes. Así que seguí poniéndola a prueba: coloqué los brazos por encima de la cabeza, los posicioné hacia el frente [Hizo un gesto, con las manos rectas hacia arriba, luego hacia los lados, luego al frente y me mostró movimientos con la muñeca], busqué temblores, los giré, traté de detectar el fenómeno de la rueda dentada, sin ver nada, los toqué bastante, hice pruebas, me toqué la parte posterior de la cabeza… y en medio de esto, me levanté, dos veces, y probé mi estabilidad y equilibrio, y la facilidad de movimiento, ¡y ahora los tenía!

Me movía con facilidad, era como si no tuviera Parkinson… entonces, en un momento, me dije: ‘Me pregunto cómo será mi escritura’. Así que agarré un bolígrafo y un bloc de notas que tengo junto a la cama, justo al lado de donde estaba sentado, a la izquierda, y sostuve el pequeño bloc de notas del teléfono con la mano. No era el lugar más estable, así que escribí algo. Lo que escribí, curiosamente, fue ‘Soy una persona en renovación. Soy un ser en renovación’ y (larga pausa) lo miré y lo había escrito (lágrimas de nuevo, se ahoga un par de veces) en… en… letra grande (se ahoga). (Llanto). ¡La micrografía había desaparecido! Estaba un poco garabateada, pero entonces recordé que mi letra siempre había sido garabateada, ¡pero ahora estaba escrita en el tamaño que solía hacerla”. [Me hizo un gesto con la mano, utilizando el pulgar y el índice para mostrar unos 2 centímetros y medio de altura].

Otros pacientes, después del cambio cerebral de lado a lado, también tienen una sensación similar de que algo ha cambiado. Cada persona lo explica de forma diferente.

Algunos pacientes recuperados por completo no han experimentado ninguno o solo uno de los patrones de cambio cerebral. Unos pocos, entre los cuales me incluyo, experimentaron los tres.

Mareos fugaces

No todas las personas que se recuperan sienten un patrón perceptible de cambio cerebral. A veces, el paciente solo tiene un momento de mareo, como si la habitación diera vueltas, tras el cual se siente más tranquilo por dentro y el temblor interno y externo desaparece.

Una paciente relató durante su visita semanal que había estado sentada en el sofá del salón, entre su marido y su nieto, viendo la televisión justo antes de irse a dormir. Cuando se produjo esa sensación de terremoto, se tiró al suelo y se colocó los brazos por encima de la cabeza para protegerse de los objetos que caían. Cuando el temblor cesó, varios segundos después, miró a su marido y a su nieto, que la miraban con asombro y les dijo: "¿No sintieron el terremoto? Ha sido muy fuerte. Toda la habitación daba vueltas". Negaron con la cabeza. No había habido ningún terremoto.

Otro me contó que había tenido un cambio cerebral mientras se relajaba, con los ojos cerrados, durante un vuelo. Sintió que el avión inclinaba pronunciadamente un ala hacia un costado hasta quedar casi de lado. Luego, hacia el otro costado.

Se dijo: "¡Qué *violentas* son estas turbulencias!". Se agarró a los reposabrazos, se preparó para cualquier cosa y abrió los ojos. Fue entonces cuando vio que nadie más reaccionaba. La azafata estaba sirviendo tranquilamente una bebida. Miró su bebida. El líquido no se movía. La turbulencia fugaz había ocurrido dentro de su cabeza.

Su temblor era leve e intermitente. Después de la "turbulencia", no volvió a temblar.

Se han empleado diversos términos, como "giro de la habitación", "giro completo" y "terremoto", para describir las percepciones fugaces que se producían mientras parecía que el cerebro se reposicionaba. Se trataba de cambios indoloros y sorprendentes que, a veces, provocaban una disminución o el cese del temblor interno. Según mi limitada experiencia, nunca se repitió ninguno de los tres tipos de giros cerebrales.

Repito, muchas personas *no* experimentaron estos sucesos, al menos, no mientras estaban despiertas. Pero muchas sospecharon que algún suceso perceptible, posiblemente uno de los cambios cerebrales, les *había* ocurrido mientras dormían porque se despertaban y se sentían inexplicablemente diferentes: más altos, más tranquilos y, en algunos casos, sin ningún temblor para siempre.

Una posible explicación

Me pregunto si el giro cerebral mencionado en el capítulo quince, pág. 184, que podría ocurrir cuando el patrón de pausa se está estableciendo por primera vez, está relacionado con los cambios cerebrales que ocurren cuando el Parkinson se desactiva.

Mi recuerdo del giro cerebral que tuve a los 17 años, después del cual, en retrospectiva, siempre me sentí un poco agitada, se sintió de alguna manera relacionado con el cambio cerebral de lado a lado que ocurrió mientras me recuperaba, después del cual se desactivó un nivel muy profundo de tensión interna constante. El evento correctivo de recuperación que parecía realinear los hemisferios, a veces, se sentía algo parecido a la vibración y el rugido dentro de la cabeza que originalmente los *des*alineó.

Si el giro cerebral se *había* debido un cambio físico real en los hemisferios puesto en marcha por un flujo de corriente asimétrica (el canal del estómago se había desviado hacia el canal de la vesícula biliar *solo* en el lado derecho de la cabeza), es probable que estemos hablando de micrómetros de distancia, no de milímetros, por lo que no aparecerá en una gammagrafía cerebral.

Miedo al cambio cerebral

Como sin duda ya habrán adivinado, algunos pacientes me han dicho que no se atreven a entrar en un programa de recuperación porque podrían experimentar un cambio cerebral mientras conducen. Y a estas alturas es probable que ustedes les puedan responder lo mismo que yo: los cambios cerebrales solo se han producido cuando la persona siente una paz profunda. Nunca se han producido en momentos de alerta o intensidad mental.

Los pacientes en recuperación han experimentado cambios cerebrales mientras descansaban, soñaban despiertos o estaban medio despiertos. Otros llegaron a la conclusión de que se había producido un cambio cerebral durante el sueño porque, al despertar, sentían la cabeza diferente: más grande o más relajada. O bien el temblor interno había desaparecido o sentían una nueva sensación en su interior: una calma profunda.

Nadie, según mi experiencia, tuvo un cambio cerebral mientras conducía, mientras iba de un lado para otro o mientras, en general, combatía las crisis cotidianas de la vida.

Capítulo treinta y uno

Síntomas de recuperación: cambios de actitud y de personalidad

Introducción

Los capítulos anteriores se centraban en los cambios que ocurrían con la recuperación en los músculos, los nervios, los tendones e incluso los hemisferios cerebrales. Eran cambios fisiológicos, que tenían una base física.

Este capítulo describe algunos de los síntomas de recuperación que eran más mentales y emocionales que físicos, como los cambios de humor y de personalidad.

Llanto

En algún momento después de desactivar la pausa y/o la pseudopausa, los pacientes en recuperación solían ponerse a llorar por cualquier cosa. Varios pacientes me dijeron, antes de la recuperación, que rara vez lloraban, o que *nunca* lloraban, o incluso que *no podían* llorar. Durante la recuperación, en el transcurso de algunas semanas o meses, a menudo, se largaban a llorar por casi cualquier cosa.

Por lo general, me decían: "¡Me estoy convirtiendo en un tonto! Vi a un niño pequeño mientras paseaba a un cachorro con una correa, y era tan lindo que se me salieron las lágrimas…"; "¡Leí los titulares del periódico y me emocioné tanto que me puse a llorar!"; y "Me puse a llorar viendo *Oprah*, por el amor de Dios".

Por lo general, la facilidad para llorar era una sensación maravillosa, acompañada de un sentimiento de apertura en el corazón y el fin de un miedo de larga data a que las lágrimas los condenaran a ser tontos, débiles o estúpidos. Por otra parte, también podía ser muy doloroso.

Una paciente que no tenía recuerdos de haber llorado desde los 6 años empezó a llorar un día después de una sesión en la que habíamos trabajado en el bloqueo en el UB-11, lo que la ayudó a sentirse como si estuviera de nuevo dentro de su cuerpo físico. Cuando sus canales UB (vejiga urinaria) empezaron a fluir por el cuello y la espalda, en lugar de flotar en el espacio, su "cuerpo imaginario", la sensación del cuerpo que contenía su corazón, acortó la distancia de varios metros que normalmente lo separaba de su cuerpo físico, y los dos se fusionaron.

Comenzó a llorar en mi consultorio, después de dejar escapar: "¿Por qué la gente es tan mala con los demás? Ay… estoy llorando". Y luego comenzó a llorar más fuerte. Pronto se puso a sollozar de manera tan incontrolada que le sugerí que no volviera al trabajo, que se fuera directo a casa y que diera parte de enferma.

Me aseguró que no tendría ningún problema en el trabajo porque siempre había sido capaz de controlar sus emociones.

Al día siguiente, me llamó desde su casa. Después de nuestra sesión, volvió al trabajo, empezó a sollozar histéricamente en su escritorio, se cayó al suelo y no pudo ponerse de pie. Un compañero de trabajo la llevó a casa. Al día siguiente, se quedó llorando en casa y no fue al trabajo. Era incapaz de contener las lágrimas, pero lo más importante, no podía detener el flujo de emociones que se le había disparado en el pecho. Era la primera vez que sentía emociones desde que tenía 6 años. Se sentía agotada desde el punto de vista

emocional por todos los sentimientos y el llanto, pero pensó con optimismo que todo era para bien.

Tres días después, ocurrió una terrible tragedia.

Sus mejores amigos, una pareja que ella había presentado, murieron en un accidente automovilístico apenas 3 días después de que me llamara desde su casa. Estaban volviendo de Disneylandia. Su hija pequeña también murió. Su hijo de 8 años resultó herido, pero sobrevivió.

Esta paciente, de unos 50 años, no había llorado *ni sentido ninguna emoción* desde que tenía 6 años. La pérdida emocional en tiempo real la golpeó con toda la fuerza. A la semana siguiente, me contó que, cuando recibió la noticia de la muerte de sus amigos, lloró tanto que le dolían el pecho, los ojos y la cara. También le dolían los brazos y la piel. Llegó un momento en que tenía tanto dolor que no sabía si lloraba por el gran dolor físico o si tenía tanto dolor físico porque lloraba. Temía volverse loca por el dolor emocional, el dolor físico y el llanto.

Realmente no tenía las habilidades emocionales necesarias para hacerle frente a esta tragedia. Tenía la fortaleza emocional y la destreza de una niña de 6 años.

Una semana después, me dijo que, durante varios días, se había preguntado si no habría sido mejor volver a cuando no podía llorar, a cuando había estado presente en lechos de muerte y funerales de familiares y no había experimentado sentimiento *alguno*.

Le pregunté si ahora estaba arrepentida de los cambios que había estado experimentando y si deseaba que no hubiéramos abierto esa puerta.

Me miró a los ojos y me respondió: "Me salvaste la vida. Me estaba muriendo y me trajiste de vuelta".

No hablaba del Parkinson. Hablaba de su corazón, que había estado ausente durante tanto tiempo. No se arrepentía de nada.

Casi todos los pacientes han *disfrutado* de las sensaciones de aumento de los sentimientos y las lágrimas, incluso si les aterrorizaba llorar hasta el momento en que las lágrimas empezaban a caer. Muy a menudo, las lágrimas terminaban siendo lágrimas de alegría, de conexión con los demás. Incluso en el caso anterior, estaba agradecida de poder sentir y expresar la angustia y el dolor que sentía.

La capacidad para llorar es muy importante. Ninguna persona que se haya recuperado del Parkinson conservó su *in*capacidad para llorar. Curiosamente, algunos de los que se recuperaron *con facilidad* se habían esforzado en aprender a llorar, *mucho* antes de que se les diagnosticara Parkinson. Sospecho que su capacidad autodidacta para llorar y experimentar los sentimientos del corazón fue una de las razones por las que estas personas se recuperaron con tanta facilidad.

Aprender a llorar en la escuela secundaria

Aprendí a llorar cuando tenía 17 años. Ocurrió después de que uno de mis profesores me derivara al psicólogo de la escuela para "la sesión habitual de psicoterapia de último año".

Décadas después, me di cuenta de que a ninguno de mis compañeros de escuela lo habían mandado jamás a una "sesión habitual de psicoterapia de último año". Me pregunto si alguno, o al menos uno, de mis profesores sospechaba o estaba preocupado por mi

situación familiar o por mi estoicismo bastante marcado, y había pedido que me viera un terapeuta.

Durante la sesión, el terapeuta me hizo algunas preguntas puntuales sobre mi vida familiar. Señaló que me congelaba cuando me preguntaba por mi madre.

Le respondí con frialdad: "Todos los hijos aman a sus madres. Mi madre me recuerda a menudo que incluso los peores criminales aman a sus madres".

Él me respondió: "Eso no es cierto. No todas las madres merecen ser amadas. Algunas madres descuartizan a sus hijos y los tiran por el inodoro".

Me dejó helada. Luego, sentí un alivio profundo. La idea de que algunas madres no merecían devoción ciega era nueva para mí. El terapeuta me preguntó si había llorado alguna vez.

Le respondí: "A nadie le gustan las personas que lloran".

Como comentario al margen, de muy pequeña había aprendido que llorar era uno de los comportamientos que podían hacer que mi infeliz madre se volviera loca de rabia de repente. Mi llanto podía terminar en una paliza brutal con una correa de cuero, una paliza que llegaba a su fin después de que ella experimentara una aceleración en su respiración y diera grandes suspiros de alivio. Saquen sus conclusiones. De todas formas, había aprendido desde muy joven a no llorar nunca.

Volviendo al terapeuta, este contradijo mi declaración de que "a nadie le gustan las personas que lloran". Me dijo: "Todos lloramos. Es normal. Todo el mundo sabe que las lágrimas solo significan tristeza. Puede que tu madre no entienda el llanto, pero la gente sana sí. Si te pasearas llorando por toda la escuela, nadie se enfadaría contigo o te trataría mal; probablemente pensarían que estás triste por algo y seguirían su camino".

Me quedé atónita ante este nuevo pensamiento. Como era incapaz de procesar más ideas nuevas en ese momento, le dije: "Tengo que volver a clase", y me fui.

Allí mismo decidí hacer un experimento. Lloraría allí mismo, en la escuela, y vería si alguien se enojaba conmigo. Empecé a llorar de camino a clase. No había llorado desde que tenía 5 años, así que tardé un poco en empezar. Fingí que era una actriz que lloraba cuando se le pedía y eso me hizo soltar algunas lágrimas. Una vez que empecé, ya no pude parar. Aquel día no me senté en la parte delantera de la clase, como era habitual. Me senté en la parte de atrás y lloré en silencio. Para mi asombro, nadie, ni siquiera el profesor, se enojó conmigo, y mucho menos me golpeó. Es más, el profesor ni siquiera me llamó la atención. Nadie parecía siquiera *notar* mi presencia. Por supuesto, esto fue en los años sesenta, cuando nadie se abrazaba. Si hiciera el mismo experimento hoy, probablemente mucha gente me daría abrazos y me brindaría apoyo y cariño. Pero, desde luego, nadie se burló de mí ni me despreció. Me gustó tanto esta nueva idea de que no me castigarían por llorar que en la siguiente clase también me senté al fondo del aula y lloré durante *otros* 40 minutos.

A partir de entonces, me propuse llorar, cantar en voz alta, bailar y expresar mis emociones cada vez que sentía que afloraban en mí, si estaba en privado. Seguía teniendo cuidado de no "perder la calma" en casa, delante de gente desconocida o en situaciones en las que pudieran juzgarme.

Antes de que me diagnosticaran enfermedad de Parkinson, había notado que cada vez me costaba más darme cuenta de mis propios sentimientos. Mi afecto y mi estado de ánimo eran cada vez más llanos, pero a diferencia de muchos de mis pacientes con EP, yo era muy consciente de este deterioro. Luché con fuerza contra esto obligándome a cantar

canciones rítmicas y animadas que siempre me hacían sentir mejor y que, a su vez, mejoraban temporalmente mi estado de ánimo y mi movimiento. Entre las canciones que sabía que siempre funcionaban estaban los éxitos de Tin Pan Alley de principios del siglo XX, como "When You Won a Tulip" y "Shine on Harvest Moon", la conmovedora "California Here I Come" (a menudo, sustituía la letra por la de la parodia de *Mad Magazine*, "Cleopatra Here I Come"), algunos de los góspeles clásicos más animados, y cualquier canción de Hank Williams. Me obligaba a cantar estas canciones en voz alta hasta que sentía que mejoraba mi estado de ánimo.

Mi maestro espiritual, Paramahansa Yogananda, advertía a menudo a sus alumnos: "Los estados de ánimo negativos son su peor enemigo". Así que, durante décadas antes de mi diagnóstico, me había esforzado muchísimo para reconocer y alejarme de los estados de ánimo negativos. Cantar cierto tipo de canciones era una de las formas más rápidas de entretener mi mente. Si me encontraba en una situación en la que cantar en voz alta no era apropiado, hablaba en silencio con Yogananda, mi gurú, hasta que los pensamientos negativos se alejaban. Este entrenamiento para rechazar el mal humor me sirvió cuando me diagnosticaron Parkinson y, como entré en desesperación, hablaba el doble con mi gurú invisible, me entregué a él y, para mi asombro, acabé con una epifanía que desactivó mi Parkinson.

Varios de mis pacientes con EP han descrito historias similares en las que aprendieron o se enseñaron a sí mismos a llorar, a sentirse vulnerables o a centrarse en los sentimientos de su cuerpo incluso antes de que les diagnosticara Parkinson. Aquellas personas que habían trabajado en estas habilidades tendían a recuperarse más rápido que aquellas que estaban convencidas de que el estoicismo las mantenía a salvo o las hacía exitosas. Aquellos pacientes que se *rehusaban* a aprender a llorar o se *rehusaban* a aprender a sentir dolor estaban casi seguros de no se iban a recuperar. Ninguna de las personas que conozco que se han recuperado del Parkinson ha conservado su *in*capacidad para llorar.

Puntualidad

Un síntoma distintivo que acompañó al *cambio* en la cautela y el miedo fue la disminución de la puntualidad. Me pongo contenta cuando un paciente que ha sido crónicamente puntual empieza a recuperarse y se presenta 15 minutos tarde a su próxima visita… ¡y se ríe! Siempre es un signo de recuperación emocional.

Cuando un paciente que antes era puntual me llama por teléfono para decirme algo así como: "¡Ja, ja! Supongo que te habrás dado cuenta de que no estoy en mi cita", le doy mis felicitaciones.

Tenía *una* paciente con EP que *nunca* llegaba a tiempo. Siempre llegaba bastante tarde a todas las visitas, por lo general, entre 30 y 45 minutos. Tenía EP tipo IV, el tipo menos común.

Volverse "perezoso"

Una paciente en recuperación contó que su hija adulta se presentó en su casa una tarde, la miró y le preguntó preocupada: "¿Qué pasa?".

Ella le respondió: "¿Por qué me preguntas eso?".

La hija le dijo: "Estás sentada en el sofá".

La madre, realmente desconcertada, le preguntó: "¿Y?".

La hija le respondió: "Nunca te había visto sentada".

La madre tuvo que darle muchas vueltas al asunto, y finalmente decidió que este nuevo comportamiento podría ser algo bueno.

Unos meses después de mi propia recuperación, me sentía tan tranquila, contenta y perezosa que les pregunté a mi marido y a mi hijo adolescente: "¿Todavía me aman? Soy tan diferente. ¿Cómo pueden quererme ahora, que estoy tan relajada, si me amaban como era antes?".

Mi hijo adolescente respondió: "Mamá, te amábamos y todavía te amamos. Te amamos *a pesar* de cómo eres, no *por cómo* eres".

A medida que las personas que solían padecer EP se dan cuenta de que están "haciendo menos cosas", a veces, tienen que aprender a quererse a sí mismas "porque sí", e incluso *a pesar de* su nueva personalidad relajada y su salud emocional.

Ataques de pánico

Algunos pacientes en recuperación, no todos, experimentaron un ataque de pánico varios meses después de que la pausa se desactivara. El ataque de pánico solía ser completo, con fuertes palpitaciones del corazón y un terror absoluto sin escapatoria. Una descripción común era "mi mente se hundía en un agujero negro".

Estos ataques se producen en situaciones con parámetros muy específicos: 1) la situación era siempre sumamente *intrascendente*; 2) había que tomar una decisión ante una *situación nueva*; 3) como la situación era nueva, no se podía aplicar *ningún precedente*.

Las personas que sufrieron ataques de pánico solo tuvieron *uno*.

Se producían después de que la persona empezara a sentirse muy bien, muy a gusto con la vida. Cuando se sentía más relajada y menos obsesiva. Puede que incluso notara que el corazón estaba más tranquilo y que dormía mejor que antes. Sus síntomas de Parkinson podrían haber desaparecido por completo o aún podría estar experimentando algunos síntomas fugaces de recuperación física. Luego, se dio una situación en la que tuvo que tomar una decisión inofensiva, una decisión que *nunca* antes había tenido que tomar.

Algunos ejemplos de decisiones que provocan ataques de pánico son: dónde poner los platos de comida y agua para el nuevo gatito; dónde colocar temporalmente los adornitos que están sobre la estantería cuando el alfombrero la mueva para quitar la alfombra vieja. En mi caso, el ataque de pánico se produjo cuando intenté instalar un nuevo juego para mi hijo en la computadora. Esto fue en la época en la que cada nuevo programa tenía sus propias instrucciones de instalación, únicas y casi incomprensibles.

En todos los casos de ataque de pánico, la persona que acababa de desactivar la pausa se enfrentaba a una situación *nueva* que, en realidad, no era de mucha trascendencia. Cuando intentaba pensar *con calma* qué hacer en esa situación, el cerebro se le quedaba en blanco, no podía pensar. Entonces se preguntaba qué le pasaba a su cerebro.

Lo que probablemente estaba ocurriendo, según las descripciones detalladas que escuché de mis pacientes, es que la persona estaba intentando, por primera vez en décadas o quizá por primera vez en su vida, tomar una decisión utilizando el pensamiento basado en la dopamina, en lugar del pensamiento basado en la norepinefrina.

Mi hipótesis es que, en el pasado, estas personas habían utilizado el modo de pausa para pensar, es decir, los pensamientos basados en la norepinefrina. Estaban acostumbradas a tomar decisiones a la velocidad de la luz. Ahora, sus cerebros se habían quedado en blanco en respuesta a "¿Qué decisión debo tomar?". A medida que se esforzaban por encontrar algún hilo mental al que agarrarse, en un intento de averiguar cómo realizar la nueva tarea,

se daban cuenta de que no había ningún hilo mental. La tarea en sí perdía importancia. El foco mental se redirigía a la comprensión de que NO había hilos mentales. Se sentía como si todos los procesos mentales se hubieran desactivado, como si el propio cerebro estuviera ausente.

Una persona que se está recuperando del Parkinson puede *no* recordar haber tomado una decisión mientras utilizaba las vías parasimpáticas del cerebro, en lugar de las vías de emergencia. Cuando intentaban tomar una decisión mientras el modo parasimpático era el dominante (predominaba la dopamina en el mesencéfalo), la "pantalla de pensamiento" mental les quedaba literalmente en blanco. Esto les hacía pensar: "¡Mi cerebro ha desaparecido! ¡No sé cómo pensar, y no sé cómo pensar en averiguar cómo pensar!". A partir de ahí, la mente entraba en un agujero negro de terror y en un ataque de pánico completo.

En algún momento, el pánico obligaba a la persona a sumergirse en un grado significativo de modo simpático (reacción de alarma). Una vez que caía en un grado suficiente de miedo, podía salir de su pánico y averiguar qué hacer.

El cerebro desaparece

Por suerte, estos ataques se producían una sola vez, si es que sucedían. Después, el paciente en recuperación parecía saber tomar decisiones sin entrar en pánico. Estos ataques de pánico eran muy reales. La mujer que entró en un agujero negro infernal de pánico mientras estaba sola en su casa intentando decidir dónde poner el nuevo plato del gatito era una investigadora de la NASA, una científica brillante. Se encontró parada en el centro de su sala de estar gritando: "¡Ayuda! ¡Ayuda!" a todo volumen. Comentó que, incluso mientras lo hacía, una parte de su cerebro pensaba: "¡Esto debe ser un ataque de pánico! Genial. ¡Me debo estar recuperando!". Pero aun así, la sensación de fatalidad inminente, de impotencia, de pánico, de necesitar que alguien se hiciera cargo de la situación y cuidara de ella, era fisiológicamente *real*. El pánico no tenía nada que ver con el plato del gatito en sí. El pánico comenzó cuando su cerebro registró un "vacío" al intentar pensar *cómo* debía pensar para tomar la decisión sobre dónde colocar el nuevo plato.

Un paciente que antes era intrépido y viajaba por todo el mundo tuvo su ataque de pánico de recuperación en su cocina cuando su esposa le propuso visitar el nuevo restaurante de la ciudad. Entró en un pánico total y no tardó en pedir ayuda a gritos mientras su mujer permanecía atónita. ¿El motivo? Más tarde explicó que no sabía qué iban a hacer después de que su mujer estacionara el auto porque no sabía qué tendrían que hacer para encontrar la puerta principal del restaurante. Y cuando trató de *pensar* cómo haría una persona para encontrar la puerta principal de un edificio en el que no había estado antes, no supo cómo pensar. Fue la incapacidad para pensar y la sensación de que su cerebro estaba literalmente vacío lo que desencadenó el pánico.

Al parecer, mis pacientes con Parkinson habían dependido de la toma de decisiones de emergencia durante la mayor parte de sus vidas. Esta rapidez puede ser parte de la razón por la que, durante muchas décadas antes de la recuperación, a menudo parecían más inteligentes que sus compañeros. Es posible que sus mentes *no* hubieran sido más rápidas que las de sus compañeros y sus amigos si todos hubieran estado en las mismas condiciones neurológicas, es decir, si todos hubieran utilizado una combinación de los modo simpático y parasimpático para pensar, en lugar del dominio de la norepinefrina de emergencia del modo de pausa, que es mucho más potente.

Estoy bastante segura de esto porque, después de recuperarse, los pacientes a menudo se sorprendían al ver que su fuerza, rapidez mental y velocidad se volvían más normales. No se volvían estúpidos ni perezosos. Sin embargo, se encontraban *apenas* por encima de la media, no eran supergeniales ni estaban supermotivados, y les parecía bien.

Debido a su uso crónico del dominio de la norepinefrina capaz de salvarles la vida, muchas personas con Parkinson habían estado molestos en secreto con sus "lentos" compañeros de estudio, hermanos y compañeros de trabajo, los desestimaban porque según ellos eran "personas de bajo rendimiento" o "que nos arrastran a todos hacia abajo". Desde la escuela primaria, la mera presencia de estas personas "más lentas y estúpidas" había sido, a menudo, muy irritante para muchos de mis pacientes con EP, quienes, en el fondo, sentían que la vida era una emergencia continua, un estado de riesgo perpetuo. Cuando este juicio constante a los demás y a uno mismo empezó a disminuir durante la recuperación, por lo general, a los pacientes les *encantó* el cambio.

Volviendo a los ataques de pánico, cuando el paciente en recuperación necesitaba tomar una decisión inofensiva, una que fuera demasiado mundana para activar su sistema nervioso simpático, que ahora funcionaba, descubrió que no tenía forma de acceder a ninguna parte de su cerebro que le permitiera tomar decisiones *y* estar tranquilo al mismo tiempo. De hecho, se quedaba en blanco cuando intentaba tomar una decisión sencilla bajo los efectos de la dopamina en el mesencéfalo. Siempre era esta pantalla en blanco lo que le asustaba, no las consecuencias de la decisión.

Como probablemente hayan adivinado, unas cuantas personas con Parkinson me han dicho que no deberían participar en un programa de recuperación porque podrían tener el ataque de pánico mientras conducían. Saben bien cuál fue mi respuesta: los ataques de pánico se producen mientras se hace algo muy aburrido en un entorno muy seguro. Según mi experiencia, nadie tuvo un ataque de pánico mientras se encontraba en una situación que podría ser de riesgo.

Sin embargo, un paciente en recuperación sí tuvo un ataque de pánico *relacionado* con la conducción. Se había tomado el fin de semana libre y había volado al este para visitar a su hija en la universidad. La visita no era más que por placer. Era la primera vez en mucho tiempo que viajaba por diversión. Mientras disfrutaba conduciendo por la autopista, se pasó la salida. Tomó la siguiente y se dio cuenta de que no sabía qué hacer. Ni siquiera se le *ocurría* qué hacer a continuación, así que paró el auto. Entonces, en esta situación perfectamente segura y no de emergencia, en la que, en cierto modo, se estaba divirtiendo, intentó pensar en lo que debía hacer luego. ¡No podía pensar! ¡Su cerebro estaba en blanco!

En cuestión de segundos, entró en pánico porque no podía pensar. Su corazón latía con fuerza, estaba seguro de que iba a morir. Después de lo que parecieron varios minutos, pero que es probable que hayan sido varios segundos, su cerebro se puso en marcha. Se le ocurrió algo: encontró un teléfono público en una gasolinera cercana (en la época anterior a los teléfonos móviles) y llamó a su esposa, a larga distancia. Ella coincidió en que parecía que acababa de sufrir un ataque de pánico. Le preguntó qué pensaba que debía hacer. Él le respondió que tenía que dar vuelta en U, volver a tomar la autopista y regresar por el camino que había venido. Claro. Él sabía lo que tenía que hacer.

Pero había entrado en pánico por el miedo que le generó que su cerebro no respondiera de la manera habitual. *Nunca estuvo en peligro*. Entró en pánico una vez que se relajó al costado de la carretera mientras intentaba pensar con calma qué hacer. Llegó a su destino y no volvió a sufrir otro ataque de pánico.

Lo interesante sobre este estilo particular de ataque de pánico es que el sistema nervioso simpático *entra* en acción poco después de que la persona comienza a sentir pánico de verdad. Entonces, esta es capaz de pensar, durante el tiempo que sea necesario, de una manera que se aproxima a la forma en que siempre solía hacerlo en el pasado. Y así termina el ataque de pánico.

Un paciente en recuperación, en la alegre agonía de la constante liberación de dopamina en el mesencéfalo, podría haberse mostrado *reacio* a utilizar el modo simpático solo para tomar alguna decisión sin importancia. Pero las decisiones solo pueden tomarse de dos maneras: utilizando la *mente* mientras predomina el modo simpático, o guiándose por el *corazón* mientras predomina el modo parasimpático. Una vez más, las estructuras cerebrales basadas en el ego dirigen la toma de decisiones mientras predomina el modo simpático. Las señales del pericardio dirigen las facultades de toma de decisiones de la mente mientras predomina el parasimpático.

La primera vez que una persona que se está recuperando del Parkinson intenta tomar una decisión sin importancia utilizando su *mente* (según su hábito de toda la vida) mientras predomina el modo *parasimpático*, no logra encontrar una *forma* de pensar. En el modo parasimpático, los sentimientos del corazón le dan instrucciones a la mente. Si uno intenta encontrar una solución a un problema utilizando solo las vías mentales mientras predomina el modo parasimpático, no obtendrá una respuesta, ya que es posible que la mente quede en blanco.

En los pacientes en recuperación, aún no se ha entrenado el sistema mental para que trabaje como subordinado durante la toma de decisiones del modo parasimpático, que se basa en el corazón. Por eso se produce el ataque de pánico.

Por fortuna, todos nuestros pacientes recuperados aprendieron de forma instintiva, después de un ataque de pánico, a pensar y a tomar decisiones con el corazón, en el modo parasimpático, o con la mente, en la vieja forma familiar, lo que desencadena un nivel muy leve de miedo y una respuesta en modo simpático.

Culpa o aburrimiento por la ausencia del temblor

Otro síntoma emocional de la recuperación fue la culpa. Una paciente no volvió a temblar después del cambio cerebral de lado a lado. Luego, se sintió terriblemente culpable cuando, poco después, su madre terminó en la sala de urgencias local con una crisis de presión arterial.

Durante años, le había temblado la mano en las situaciones de ansiedad más leves. Mientras pasaban las horas en el reloj de la sala de urgencias y no temblaba, pensó: “No me estoy preocupando por mi madre. He tenido temblores por todo tipo de cosas estúpidas y sin importancia, y ahora que mi propia *madre* está en peligro, ni siquiera estoy temblando”.

Me habló de su vergüenza la próxima vez que la vi. Tuve que asegurarle que temblar en una crisis no es necesariamente una respuesta normal. Como ya no tenía Parkinson, temblar ya no iba a ser su forma de expresar preocupación.

Otra singularidad de la recuperación era la sensación de vacío cuando cesaba el temblor interno. Como lo expresó una persona: “Extraño el temblor. Sé que es raro, y me siento culpable por eso, pero el temblor me daba una especie de presión interna para estar y parecer alerta. Mientras temblaba por dentro, sentía que siempre estaba *haciendo* algo. Ahora que ha desaparecido y puedo permanecer inmóvil, tengo la sensación de que no estoy *haciendo* nada cuando estoy sentado. Y, en cierto modo, extraño esa intensidad que no me

dejaba estar quieto por mucho tiempo. Voy a tener que encontrar algo nuevo que me motive".

Mayor tolerancia a los demás

Una paciente me explicó que llevaba toda la vida esforzándose por ser más indulgente con los idiotas e imbéciles de su familia y de su trabajo, pero no podía evitarlo. Cuando alguien en el trabajo hacía algo mal o que no llegaba a ser perfecto, o incluso derramaba algo, lo primero que pensaba siempre era: "¡Qué idiota!".

Mientras trabajaba para desactivar la pausa, mediante la conversación constante con un amigo invisible, se dio cuenta, al cabo de unos 3 meses, de que ya no tenía esa reacción mental ante la imperfección de la gente que la rodeaba. Ahora pensaba: "Bueno, es humano…". Se sintió muy satisfecha y agradecida por su nueva capacidad de ser automáticamente una persona más tolerante e indulgente.

Vergüenza

Muchas personas suponen que una persona que se recupera del Parkinson estará orgullosa de su victoria. Querrá proclamarlo a los cuatro vientos y aparecer como invitado en los programas nocturnos de televisión.

Pero este no es el caso. Según mi experiencia, la mayoría de las personas, tras recuperarse, se sentían avergonzadas. Su "enfermedad terriblemente injusta" era, en parte, el resultado de su propia mentalidad. Esto puede ser muy humillante, incluso vergonzoso.

Algunos pacientes se avergonzaban de sí mismos cuando, al recuperarse, se daban cuenta de hasta qué punto sus síntomas de Parkinson habían sido el resultado de sus propios bloqueos mentales y emocionales. Recuerdo a un paciente que se golpeaba una y otra vez la frente con la mano abierta mientras se reía: "¡Me he estado haciendo esto a *mí mismo*! Qué idiota he sido. ¡*Yo* mismo me estaba enfermando!".

Nadie debería avergonzarse de haberse causado a sí mismo esta enfermedad. *Muchas* enfermedades crónicas tienen algún componente emocional. Y casi todos hacemos lo que podemos. Aun así, los pacientes suelen sentirse avergonzados cuando se recuperan.

Otro tipo de culpa que a veces se recae sobre un paciente en recuperación es darse cuenta de que, durante gran parte de su vida, ha sido cada vez más un perfeccionista desagradable y exigente, un sabelotodo o algún otro tipo de personalidad que se basaba en el miedo y la cautela, en lugar de en la comprensión y la humildad.

A medida que un nivel saludable de humildad comienza a arraigarse y desarrollarse, el paciente recuperado se siente tentado a entregarse un poco a la culpa por haberse dejado llevar por el miedo, el orgullo, o lo que sea, en el pasado.

Mi consejo es que entregarse a la culpa y la vergüenza es una pérdida de tiempo. Sean lo bastante modestos como para saber que *todo el mundo* comete errores. Perdónense a ustedes mismos y sigan adelante con sus vidas. No caben dudas de que casi siempre hacían lo que creían que era mejor en ese momento.

Por otra parte, como ya he mencionado, algunas personas que conozco, tres para ser exacta, que no eran pacientes míos, han sido muy abiertas sobre su recuperación de la enfermedad de Parkinson. Escribieron libros, uno vendía productos dudosos para la salud y otro cobraba honorarios sustanciales por sus consejos sobre cómo recuperarse. El que cobraba honorarios por el asesoramiento, a pesar de no tener ninguna idea real de *por qué* se había recuperado (según su historia, tenía EP tipo II), ha estado intentando que hagan un

documental sobre su recuperación, sus conjeturas sobre cómo "funciona" la recuperación y sus años posteriores como "asesor de Parkinson" en línea que cobra honorarios. Así que supongo que es probable que *quisiera* salir en un programa de televisión nocturno.

Mis pacientes, después de recuperarse, se han mostrado agradecidos, tal vez un poco humildes y, sobre todo, con ganas de seguir adelante con sus vidas y apoyar a otros que están trabajando en su recuperación. Quizá se deba en parte a que la mayoría de mis pacientes que se recuperaron, en especial los de tipo I, son conscientes de que su propia mente los hizo poner en pausa.

Pérdida de la identidad propia

Muchos pacientes que se recuperan de la EP tipo I se han hecho la pregunta que podría ser más característica de un adolescente: "¿Quién soy?". Esto puede deberse, en parte, a que la persona nunca experimentó en verdad un período durante la adolescencia en el que pudiera reflexionar sobre esa pregunta.

O puede que la persona supiera quién era mientras estaba "en su mejor momento" y se valía del dominio de la norepinefrina, pero puede que no tuviera ni idea de quién es cuando, tras recuperarse, logró relajarse profundamente, *sentir* la belleza de la música y/o no preocuparse más por dónde colocan los demás los platos de sopa en el lavavajillas.

¿Quién era cuando de repente se dio cuenta de que la mayor parte de las cosas por las que se había preocupado durante años en realidad no importaban? ¿Quién era si le empezaba a prestar atención a los sentimientos de su propio corazón?

Muchas personas con Parkinson se entrenaron a sí mismas para valorarse según lo que son capaces de lograr. Son "buenos" porque "hacen más" o son más fuertes, más rápidas, más inteligentes y/o quizá superiores a nivel espiritual que los demás.

Muchas personas con Parkinson también se enorgullecen de su capacidad para mostrar amor por los demás a través de su gran esfuerzo en el trabajo y/o su fuerte brújula moral.

Sin embargo, *suelen* ser incapaces de sentir la resonancia entre su corazón y su cuerpo, o entre su corazón y el amor que los demás les muestran.

Debido a esta falta de resonancia y a la dependencia cada vez mayor de la cautela, una persona con Parkinson puede haber estado construyendo de forma constante muros de protección alrededor de su corazón hasta llegar al punto de no saber ya quién es en realidad. Los sentimientos de nuestro corazón reflejan quiénes somos. Y lo que somos es *inherentemente* encantador. Nuestras mentes solo nos permiten ejecutar las acciones de quienes *creemos* que somos.

Cuando, durante la recuperación de la enfermedad de Parkinson tipo I, esos muros alrededor del corazón empiezan a desmoronarse, las prioridades de la vida de las personas pueden cambiar. A menudo, los pacientes se sorprenden al descubrir que no son quienes o lo que creían ser.

Muchas personas "llegan a una meseta", se estancan emocionalmente o incluso entran en un período de depresión mientras se recuperan del Parkinson o una vez que lo lograron debido al cambio de personalidad. A veces, el Bloqueador regresa. La forma de lidiar con esto, si sucede, es aumentar la intensidad de los mismos tratamientos que se utilizaron para desactivar la pausa: relaciónense aún más con un amigo invisible; elijan al amigo en lugar del Bloqueador; mantengan una sensación de energía en la frente en Yin Tang; den las gracias por todo; tan a menudo como sea posible, sean conscientes de que la

energía está fluyendo a través del mesencéfalo; mediten. Hagan ejercicio de forma periódica. Plantéense un nuevo desafío, como aprender un nuevo idioma o desarrollar una nueva habilidad. *No* se queden sentados esperando que el universo les arroje pétalos de rosa porque se están recuperando del Parkinson.

Todos los pacientes que se han recuperado por completo estaban seguros de que amaban a su nueva personalidad mucho más de lo que habían sido capaces de amar a su personalidad anterior a la recuperación. Incluso aquellos que luchaban con cierto grado de depresión y autocuestionamiento tras la recuperación se alegraban de haber dejado atrás las dolencias físicas del Parkinson.

Muchos pacientes en recuperación notaron una disminución de su actitud defensiva y del miedo a la crítica. Por supuesto, no *todos* los pacientes *habían* tenido miedo a cometer errores o a que se rieran de ellos, pero muchos sí. Sus síntomas iban desde una monotonía emocional protectora hasta un miedo abyecto a "lo que puedan pensar los demás", hasta el punto de que vivían cada momento como si un crítico invisible les estuviera haciendo comentarios. Cuando el crítico interno murió, el alivio fue enorme.

Algunas personas con EP *no* notaron ningún cambio emocional porque habían estado sintiendo su corazón en todo momento.

Resumen del capítulo

Las personas disfrutan profundamente de los cambios de personalidad que se producen cuando se recuperan de la EP tipo I. Puede llevar un tiempo acostumbrarse a la nueva personalidad. Por supuesto, el ataque de pánico suele ser inolvidable y terrible durante los 1 o 2 minutos que dura. Pero en su mayor parte, desde la nueva capacidad de llorar hasta la sensación de resonancia del corazón con casi todo, el restablecimiento de la personalidad sana era uno de los síntomas de recuperación favoritos.

Mucha gente me dijo algo como: "Antes quería recuperarme del Parkinson para volver a ser la persona que solía ser. Ahora que me he recuperado, no quiero volver a ser esa persona *nunca* más".

Capítulo treinta y dos

Resumen de los síntomas de recuperación

Los síntomas de recuperación arrojaron la mayor evidencia de lo que realmente sucede en el cuerpo y la mente cuando una persona tiene enfermedad de Parkinson idiopática. La cantidad de dopamina en el cerebro no tiene mucho que ver. Una vez que una persona desactiva la pausa o pseudopausa, el cerebro vuelve a ser capaz de liberar dopamina según sea necesario para la función motora automática.

Durante la recuperación

Las áreas entumecidas del cuerpo suelen experimentar una mejora de la circulación sanguínea y de la percepción de las sensaciones somáticas. Estas se encuentran donde el Qi de los canales deja de fluir durante la pausa: en el pie, a lo largo del tramo que va desde la mitad del pie hasta el dedo gordo; en la cara, desde la mitad de la frente hasta la parte posterior de la mandíbula; y en el dorso de la mano, en especial cerca del pulgar y el índice. Cuando la circulación mejora, pueden aparecer sensaciones de hormigueo, "hormigas" y cosquilleo en las áreas que habían estado entumecidas.

El dolor puede manifestarse en áreas lesionadas sin curar, que han estado disociadas durante mucho tiempo de la percepción consciente.

En las áreas que habían estado entumecidas, el hongo que crece justo debajo de la piel o en el lecho ungueal puede oponer resistencia (pueden aparecer pequeñas ampollas rojas o una erupción con enrojecimiento) cuando el sistema circulatorio mejorado del cuerpo transporta células inmunitarias a áreas que antes tenían poca irrigación. Estas células inmunitarias son capaces de reconocer a los hongos intrusos y atacarlos.

Las áreas a lo largo de los canales del estómago y del intestino grueso que se habían vuelto rígidas se relajan. Pueden relajarse *por completo*. Permanecerán de esta forma, es decir, "laxas", hasta que el área de la imaginación motora del cerebro vuelva a conectarse con esas áreas. En cuanto se haya producido la reconexión, las partes del cuerpo podrán moverse.

Cuando se produce la reconexión por primera vez, las partes del cuerpo pueden moverse de forma algo espástica y/o repetida hasta que se restablece el control mental total sobre la coordinación entre el cerebro y el cuerpo.

En algunos músculos que antes estaban inactivos, en particular los bíceps y la zona lumbar, su nuevo uso imparable, automático, constante y *saludable* puede provocar dolores y molestias. Una vez que los músculos se acostumbran al uso constante, el dolor, la sensibilidad y las molestias desaparecen.

Es probable que aumenten las necesidades de sueño. Además de necesitar más horas de sueño nocturno y/o siestas, una persona puede volverse extremadamente laxa durante períodos de 2 horas durante el día, cuando el cuerpo está realizando un trabajo de curación en los tejidos que por los que pasa el canal asociado a ese período concreto de 2 horas.

Una persona que se está recuperando del Parkinson puede experimentar, por lo general, una sola vez, sensaciones como si varios sectores del cerebro se estuvieran moviendo o reposicionando dentro del cráneo.

Una vez que el cerebro empieza a utilizar la dopamina para la función motora tras su larga interrupción, la persona puede experimentar breves períodos de insuficiencia dopaminérgica. Esto se manifiesta en forma de laxitud del cuerpo durante un breve período, aunque el estado de ánimo y los pensamientos permanezcan alertas y positivos. Estos breves períodos de "falta de energía" parecen incitar al cerebro a aumentar la cantidad de dopamina disponible para la función motora. A lo largo de un período bastante corto, unas pocas semanas o meses como máximo, una persona dejará de tener estos breves interludios de insuficiencia dopaminérgica.

Una persona puede tener un ataque de pánico mientras está relajada e intenta pensar en cómo realizar una nueva acción completamente insignificante. Puede parecer que la capacidad del cerebro para pensar ha desaparecido. El ataque puede hacer que la persona caiga de rodillas y pida ayuda a los gritos, pero solo dura entre 1 y 2 minutos, incluso menos.

Una persona que antes era incapaz de llorar o que solo podía llorar en circunstancias en las que sentía mucha seguridad puede descubrir que ahora llora con facilidad y frecuencia. Puede surgir la preocupación de ser demasiado "bondadoso" o "sentimental".

Los amigos, la familia y los colegas pueden responder o no con alegría y afecto cuando se recupera la expresión facial. Es posible que todo el cuerpo se sienta más resonante, más "amigable" por dentro, cuando está con gente, incluso cuando está con desconocidos.

La sensación de ansiedad y/o cautela y la necesidad de ser más competente, o más fuerte, más rápido, más inteligente o más "correcto" que otras personas, disminuirá.

Una persona que se está recuperando del Parkinson puede descubrir que está más en paz consigo misma, incluso cuando se da cuenta de todas las formas en las que ha sido imperfecta durante mucho tiempo. El código moral estricto que es común en las personas con Parkinson puede desvanecerse, lo que permite responder con compasión a las imperfecciones, los errores y las locuras de uno mismo y de los demás.

Al examinar este resumen de los síntomas de recuperación, observen que *ninguno* de ellos guarda relación con la dopamina, excepto los momentos breves y relajantes de calma que pueden producirse cuando la cantidad de dopamina baja un poco por momentos. Algunos de los síntomas de recuperación se relacionan con la curación del daño fisiológico que se acumula de forma gradual durante décadas en los músculos, los nervios y las conexiones cerebrales cuando una persona está ejecutando los patrones de pausa del Qi de los canales por un período prolongado. Algunos de ellos tienen que ver con los cambios mentales y emocionales que se producen cuando una persona ya no se siente como si estuviera al borde de una muerte inminente todo el tiempo.

Ni siquiera he intentado describir todos los síntomas de recuperación posibles. Si se están recuperando y experimentan cambios físicos, mentales y emocionales inesperados, no se preocupen. Evalúen si el cambio tiene sentido o no en función de lo que ahora saben sobre la enfermedad de Parkinson. Tal vez incluso puedan acudir a un amigo o familiar para ver si puede encontrarle sentido. Si no están seguros de si se están recuperando o empeorando, pídanle a un amigo que les palpe los canales. Recuerden que es posible experimentar momentos fugaces de desactivación de la pausa y luego volver al modo de pausa. Puede llevarles mucho tiempo entrenarse para permanecer en una combinación saludable de los modos simpático y parasimpático el tiempo suficiente como para poder desactivar la pausa durante períodos cada vez más prolongados. Lo principal es que, si

experimentan un momento fugaz o de mayor duración durante el cual sienten el cuerpo un poco más ligero y el corazón un poco más abierto, van en la dirección correcta.

Muchas personas me han dicho que, durante la recuperación, sentían como si rejuvenecieran, en lugar de envejecer. No obstante, *hay* algo que la mayoría de la gente no llega a experimentar. Muchos me han comentado que, cuando se dieron cuenta de que se estaban recuperando, se volvieron muy introspectivos e incluso se deprimieron. Su respuesta a esto fue dejar de hacer los ejercicios que los ayudaban a desactivar la pausa. El tratamiento para este problema consiste en retomar esos ejercicios con intensidad renovada. Además, aprender una nueva habilidad o fijarse nuevos objetivos de vida puede mantener el cerebro orientado hacia el modo parasimpático.

Si se están recuperando, *disfruten* del proceso, entréguense a él. Uy, otra vez esa palabra.

Para terminar este capítulo, y como muestra de cómo puede ser la recuperación, concluyo con lo siguiente: cuatro correos electrónicos que recibí mientras escribía este capítulo. Nunca vi a este paciente en persona. Se puso en contacto conmigo después de encontrar el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson y empezó a trabajar en la recuperación. Escribió este correo electrónico casi 4 meses después de haber empezado a seguir las sugerencias de los libros que están disponibles en el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson. Nunca tomó medicamentos antiparkinsonianos. Basándome en algunas preguntas que le envié, su Parkinson podría haberse desencadenado por las graves quemaduras que sufrió en ambos tobillos muchas décadas antes. Sus correos electrónicos resumen perfectamente lo que está viviendo en plena recuperación. Sin duda, fue capaz de desactivar los patrones de pausa del flujo del Qi, pero como leerán, *sigue* trabajando en los comportamientos de reentrenamiento mental que lo ayudan a mantenerla desactivada. Mis observaciones personales están entre [corchetes].

Primer correo electrónico

Hola, J. La actualización de esta semana es más bien un balance.

<u>Problemas que ahora no tengo… pero que he sufrido anteriormente</u>

1. voz ronca
2. problemas para tragar
3. calambres repentinos en las piernas (por lo general, ocurrían mientras dormía)
4. movimientos lentos (excepto en el brazo izquierdo, que sigue estando lento)
5. mala memoria
6. dificultad para encontrar las palabras correctas
7. brazo izquierdo inclinado de forma permanente [una exploración que se realizó 2 meses después reveló un desplazamiento en una vértebra del cuello que estaba ejerciendo presión sobre el nervio del brazo izquierdo]
8. separación repentina de los dedos de los pies, como si se tensaran los músculos [discinesia en la recuperación]
9. bloqueo o inmovilidad del brazo izquierdo ante una orden
10. sensación de estar apretando los labios [discinesia en la recuperación]
11. problemas para dormir
12. entumecimiento debajo del omóplato derecho

13. pérdida del sentido del olfato. Ahora puedo sentir olores agradables, como los de la cocina, y a la distancia, por ejemplo, puedo sentir los olores cuando mi mujer cocina desde el baño de arriba. Todavía no puedo sentir olores desagradables.

Problemas que aún tengo

1. dolor muscular en el antebrazo izquierdo [dolor de bíceps]
2. movimiento más lento en el brazo izquierdo
3. laxitud leve en la pierna izquierda (ahora está notablemente mejor que antes, a veces no tengo laxitud)
4. algunos problemas para escribir con la mano izquierda en la computadora o el teléfono móvil, aunque está mejorando. No escribo mucho con ambas manos. Ahora utilizo las dos, pero necesito un poco más de concentración con la mano izquierda.
5. reducción del balanceo del brazo izquierdo
6. algunos temblores en el brazo izquierdo, por lo general, en los músculos del antebrazo, más notable cuando camino [El temblor muscular en el antebrazo no es característico de la enfermedad de Parkinson].
7. médicos que no escuchan

En general

Debido a las restricciones de distanciamiento social [esto fue en la primavera de 2020, durante la pandemia de coronavirus] y a que estoy de vacaciones, necesitaba algo que me mantuviera ocupado, así que esta última semana decidí aprender un nuevo lenguaje de programación. Noté que cuando estaba muy concentrado o leyendo, la actividad en mi cara era intensa (cosquilleo u hormigas y arañas) [La concentración profunda aumenta la cantidad de Qi del canal Du que fluye a través del mesencéfalo y el lóbulo frontal. Es algo bueno].

El brazo izquierdo se me está enderezando, ya no está inclinado, sino que cuelga hacia abajo. Ya no se detiene a mitad del movimiento (p. ej., al subirme los pantalones o meter la mano en el bolsillo). El otro día estaba tratando de alcanzar algo con el brazo derecho de una alacena que tenía encima de la cabeza y se me cayó un frasco. Sin dudarlo, mi brazo izquierdo entró en acción y atrapó el frasco a la altura del estómago. Fue un momento de orgullo. Sin embargo, los músculos del antebrazo siguen tensos y, a veces, me duelen.

También he decidido aprender a tocar el piano. En el pasado, lo había intentado algunas veces, pero nunca lo había logrado. Después de practicar un poco, he podido completar escalas con las dos manos sobre 3 acordes, aunque la presión que he podido ejercer con la mano izquierda ha sido claramente menor que con la derecha.

La cojera en la pierna izquierda está desapareciendo. En mi mente, esperaba cojear o tener problemas para iniciar el movimiento, pero me sorprendí al notar que estos problemas ya no están presentes. Esto es esporádico, pero en general la gravedad de la cojera, cuando cojeo, es menor que antes.

Recientemente, he tenido destellos de lo que creo que son recuerdos lejanos que están intentando aparecer, pero son breves, así que no los recuerdo por completo. En realidad, no sé de qué se trata.

Lo que estoy haciendo

1. En primer lugar, practico la gratitud. Cada vez que alguien hace algo, encuentro un motivo para elogiarlo. También agradezco casi todo lo que tengo, físico o emocional, en especial, el amor que he notado que recibo de mi familia.

2. Rezo a diario para alejar los pensamientos negativos y los miedos, y también para recordarme que estoy a salvo, por lo general, la oración de paz y armonía [en el libro *Stuck on Pause*].

3. Si tengo la más mínima inclinación al miedo o al pensamiento negativo, respondo de inmediato de la siguiente manera:

a. Le digo a la voz: "Vete, no eres bienvenida aquí".
b. Le rezo a Dios para que aleje los pensamientos negativos y los miedos.
c. Bostezo (esto activa el nervio parasimpático).
d. Si es necesario, realizo una relajación muscular progresiva.

4. Medito a diario, practico la respiración diafragmática y cuento del 1 al 10 mientras me masajeo el pericardio (30 minutos como mínimo).

5. Realizo ejercicios de respiración consciente, por lo general, mientras estoy en la computadora o viendo la televisión.

6. Practico la consciencia del tercer ojo, por lo general, mientras estoy en la computadora o viendo la televisión.

7. Hablo con mi amigo invisible.

8. Practico yoga, todos los días si es posible.

9. Ando en bicicleta (este mes he recorrido 200 km).

10. Vivo la vida lo mejor que puedo.

Vi a mi médico de cabecera esta semana para que me coloque una vacuna contra la gripe y me realice un análisis de sangre. Me preguntó sobre mis síntomas y lo que estaba tomando. Me puse un poco nervioso cuando le contaba y se dio cuenta de un leve temblor en mi brazo izquierdo, del cual hablé de inmediato. Le conté de su investigación y cómo me estaba ayudando, incluso anotó su dirección web. Le dije que leyera sus publicaciones y me dio la impresión de que de verdad lo iba a hacer. Por desgracia, cuando volví a verlo para que me entregue los resultados de los análisis, le pregunté sobre lo que habíamos hablado y me di cuenta de que solo me estaba siguiendo la corriente. El lado positivo es que ahora ha reconocido que estoy controlando activamente mis síntomas, así que tengo la esperanza de que cuando me recupere me preste atención.

– G. Clark

Segundo correo electrónico, una semana después

Hola:

Esta semana hubo variedad.

Empecé la semana con un poco de temblor en el brazo izquierdo y dolor muscular en el antebrazo.

Me preocupaba volver a perder el trabajo, así que adapté el movimiento de cabeza con la afirmación "Estoy a salvo, tenga trabajo o no". Me puso en una mentalidad más cómoda casi de inmediato.

Continué con la meditación diaria, durante un par de días el temblor disminuyó.

En cuanto al sueño, no tengo insomnio. Duermo entre 9 y 10 horas, y sigo cabeceando durante el día.

La cojera está desapareciendo poco a poco; sin lugar a dudas, estoy levantando el pie más alto, no lo arrastro cuando me doy la vuelta; inicio movimientos sin pensarlo; y camino más libremente con más frecuencia.

Mi sentido del olfato está fuera de serie. Me está volviendo loco, pero me alegro por ello. Cada minuto, un olor nuevo. Logro reconocer la mayoría, a veces, le pregunto a la gente y, otras veces, no puedo olerlos. Aún no percibo los olores desagradables, pero empiezo a notar un hedor cuando abro el lavavajillas, aunque no lo percibo como desagradable.

Al parecer, mi esposa y mis hijos están contentos con mis expresiones faciales. También señalan que participo en las conversaciones con mucha más facilidad, agudeza, chistes malos y risas, y que volví a contar historias.

La sensación de opresión alrededor del cuero cabelludo ahora se siente como si tuviera arañas que tejen en la cabeza. Parece como si alguien me estuviera jalando y presionando las mejillas. También experimento punzadas agudas en la cara, el cuello, los pies y, a veces, las manos. Me está sucediendo mientras escribo esto.

Con respecto a lo emocional, visité a mi madre y me dijo algo en voz baja, supongo que sobre el brazo izquierdo. Me di cuenta de que la gente me juzga solo por lo que ve, o lo que está programada para ver. Uno de mis hermanos estaba allí y como aún no habíamos hablado de lo que había estado haciendo, antes de irme leí mi lista de progresos de la semana pasada. Necesitaba que entendieran todas las pequeñas victorias que no ven.

Mientras leía, me entró un temblor nervioso. También lloré. Me he vuelto un poco tonto. Cuando terminé, creo que por fin todo el mundo estaba de acuerdo conmigo; mi madre incluso dijo que se notaba la diferencia en mí. El temblor desapareció casi tan rápido como inició. Era solo nerviosismo, seguramente por ser el centro de atención en una situación en la que pienso que puede haber incrédulos.

En todo esto todavía tengo algunos momentos de duda, pero luego me recuerdo a mí mismo que si necesito alguna prueba de mi recuperación solo hay que sumar todas las pequeñas victorias. A veces, me gustaría no sentir la necesidad de tener que convencer a mis seres queridos. Pero, por ahora, seguiré haciendo lo que hago hasta que la recuperación sea evidente para todos.

– G. Clark

Tercer correo electrónico, una semana después

Esta semana, se me han relajado los músculos del antebrazo y de la pierna. Lo sentí una noche mientras veía la televisión. También se me está balanceando un poco el brazo, aunque hay momentos en los que lo vuelvo a poner tenso por alguna razón. En general, creo que el temblor está desapareciendo junto con la tensión muscular.

– G. Clark

Cuarto correo electrónico, dos semanas después

A principios de esta semana, me di cuenta de que mi esposa lucía una sonrisa enorme mientras estaba de compras. Pesé que tal vez tenía algo raro y le pregunté a qué se debía esa sonrisa. La respuesta me alivió: "Mi esposo está caminando con normalidad de nuevo".

– G. Clark

"Nosotros elegimos y esculpimos cómo funcionarán nuestras mentes en constante cambio, elegimos quiénes seremos al instante siguiente en un sentido muy real, y estas elecciones quedan grabadas en forma física en nuestros seres materiales".

– Dr. Michael Merzenich, Universidad de California, San Francisco
Investigador cerebral en el campo de la neuroplasticidad

Capítulo treinta y tres

En conclusión

El Parkinson no es, ni ha sido nunca, una enfermedad incurable.

Los síntomas de la enfermedad de Parkinson se deben al uso crónico de circuitos eléctricos específicos en la fascia subdérmica y el cerebro, los cuales se supone que solo se producen cuando una persona está en riesgo de muerte inminente. El modo neurológico que se activa cuando una persona está en riesgo de muerte inminente se denomina en este libro modo de pausa. Este modo neurológico está reconocido en la antigua medicina china, donde se denomina "aferrarse a la vida". No obstante, no está reconocido en la medicina occidental.

Durante el modo de pausa, se supone que se inhibe la liberación de dopamina para la función motora. Esta inhibición, además de otras alteraciones fisiológicas que se producen durante el modo de pausa, ayudan a impedir el movimiento físico y podrían salvar la vida de una persona que está al borde de la muerte.

En las personas con Parkinson, la inmovilidad física que suele causar este modo ha sido dominada durante mucho tiempo por un comportamiento cerebral basado en la norepinefrina que se activa en los momentos de mayor emergencia *si* se requiere la función motora *a pesar de* que el cuerpo esté inmovilizado. La enfermedad de Parkinson suele empezar a aparecer cuando ya no se puede seguir alimentando la sensación constante de emergencia en la mente. A medida que una persona se vuelve menos capaz de evocar escenarios mentales que requieren un comportamiento de emergencia de su parte, quedan al descubierto las inhibiciones físicas subyacentes y los comportamientos motores del modo de pausa. Se *supone* que el modo de pausa crea inmovilidad motora.

También está asociado con los temblores. Al *salir* del modo de pausa, el cuerpo tiembla. El temblor parece ser una señal importante para el cerebro de que el cuerpo se ha estabilizado tras la pérdida de sangre, la pérdida de control de la presión arterial y los demás acontecimientos fisiológicos que pueden poner a una persona en riesgo de muerte inminente. El temblor se comporta como una pregunta que se le hace al cerebro para saber si ya no hay moros en la costa. Si se confirma que el entorno es seguro, la pausa puede desactivarse.

En las personas con Parkinson, la pausa no puede desactivarse. La persona se ha quedado atascada en el modo de pausa o está utilizando corrientes de pseudopausa debido a una lesión sin curar. Para recuperarse del Parkinson, la persona necesita desactivar cualquiera de los cuatro procesos que la mantienen atascada en la pausa o la pseudopausa.

Cuando se desactiva la pausa, los circuitos del cuerpo vuelven automáticamente a los de una persona sana, es decir, la combinación normal y sana de circuitos eléctricos de los modos simpático y parasimpático.

Los circuitos del modo de pausa pueden atascarse a raíz de cuatro tipos diferentes de eventos. Dependiendo de cuál de los cuatro procesos haya activado el esquema de pausa, habrá que utilizar una de las cuatro terapias correspondientes para desactivarlo.

Dos de las terapias son físicas. Una de ellas consiste en un apoyo físico en el lugar de la lesión para desactivar la disociación que impide la curación de una lesión antigua, que hace que las corrientes eléctricas se queden atascadas en la pseudopausa, un patrón que se *asemeja* al del modo de pausa (EP tipo II). La otra es un simple protocolo físico para una lesión que, en ese momento, ponía en peligro la vida, pero que, por alguna razón, el cuerpo de la persona nunca desactivó el modo de pausa tras el cese del peligro (EP tipo IV). El protocolo abarca los pasos fisiológicos no completados que son necesarios para desactivar el modo de pausa.

Las otras dos terapias consisten en ejercicios de reentrenamiento mental, no físico. Una de ellas aborda la disociación que algunas personas implementaron de forma *consciente* frente a una lesión de la que "no tuvieron tiempo" de ocuparse o "no quisieron" ocuparse, muchos años antes (EP tipo III). La otra utiliza ejercicios mentales para reactivar el cuerpo estriado y el tálamo del cerebro. Esta es la terapia utilizada para tratar el tipo más común de Parkinson, el Parkinson causado por la pausa autoinducida (EP tipo I).

Según mi experiencia con casi 300 personas con enfermedad de Parkinson, alrededor del 95 % la desarrolla en respuesta a la pausa autoinducida. Este tipo de modo de pausa se pone en marcha cuando una persona se ordena a sí misma no sentir dolor", "no ser parte de este mundo", o alguna otra instrucción enérgica que tenga como finalidad insensibilizarse ante algún trauma físico o emocional. Esta instrucción suele darse en la infancia, a menudo mientras uno se mira en el espejo.

Este tipo de pausa debe abordarse mediante ejercicios mentales. El cerebro no puede desactivar este tipo de pausa por sí solo hasta que se deja sin efecto la orden original *o*, lo que es mucho más fácil, hasta que la persona es capaz de hacer que los circuitos del cerebro se comporten como si ahora estuviera a salvo.

La autoterapia para la pausa autoinducida, los ejercicios de reentrenamiento mental, ayudan a una persona a desactivar la inhibición de la corriente eléctrica que *debería* fluir por el tálamo y el cuerpo estriado del cerebro cuando está despierta. Se *supone* que esta corriente se inhibe en gran medida cuando una persona se encuentra en un nivel alto de modo de pausa. Básicamente, la terapia evade los procesos biológicos habituales que intervienen en la *decisión* de si una persona está lo suficientemente segura o no, y hace que las corrientes fluyan como *si* la situación fuera segura. Cuando se restablece esta corriente, el cerebro registra de forma automática que "ahora está a salvo". Esto permite que avancen los demás pasos biológicos para desactivar la pausa.

Según mi experiencia, unas pocas personas han dominado esta terapia con facilidad, las cuales necesitaron solo 1 o 2 horas para hacer que el cerebro se comporte como si ahora estuvieran a salvo. La mayoría de las personas con Parkinson tardan mucho más, debido a la cautela y la sensación de estar apartadas de los demás que les provocó la pausa durante casi toda su vida. Algunas personas deben practicar las terapias durante meses o incluso años antes de que sus cerebros experimenten el cambio en los circuitos eléctricos que les hace sentirse lo suficientemente seguros como para que el cuerpo desactive el modo de

pausa de forma automática. Muchas personas, cuando empiezan a *darse cuenta* de que las constantes variaciones de los síntomas de la EP se producen en respuesta directa a las variaciones de sus pensamientos, se animan a aumentar el esfuerzo que les dedican a estos ejercicios de reentrenamiento mental. Sus mejoras se aceleran.

Aunque algunas personas desactivan la pausa de forma inmediata y permanente tras una epifanía que les cambia la mentalidad, la mayoría de las personas con Parkinson se recuperan de forma lenta. Van disminuyendo sus antiguos comportamientos mentales y modifican de a poco sus patrones de pensamiento hasta que notan que aparecen los síntomas de recuperación. Las personas que mejoran lentamente pueden ser susceptibles a volver al modo de pausa cuando están preocupadas o sienten miedo. Incluso después de haber tenido muchos días buenos y una serie de síntomas de recuperación, es posible dar un salto de nuevo al modo de pausa en respuesta a un día difícil. Seguir trabajando en la terapia de reentrenamiento mental, incluso *después* de que los síntomas de recuperación aparezcan por primera vez, aumenten e incluso se aceleren hasta parecer imparables, puede ser muy importante para quienes se recuperan de forma gradual. Hasta que uno no esté anclado en el proceso saludable de utilizar un grado más alto del modo simpático, no del modo pausa, en momentos de estrés, podría perdurar la tentación de utilizar el viejo entumecimiento "de eficacia comprobada" del modo de pausa cercano a la muerte.

Sin embargo, sin importar dónde se encuentre uno en términos de curación muscular y nerviosa, cada vez que se desactiva esa pausa, se desactiva al instante la inhibición de la liberación de dopamina para la función motora. Se desactiva *al instante*. Una persona se siente ligeramente diferente *de inmediato*. Disminuyen la sensación crónica de fatalidad inminente, la necesidad de cautela y los demás aspectos de la personalidad parkinsoniana, un síndrome reconocido por los médicos. La dopamina para la función motora fluye libremente, al instante, cuando se supone que debe hacerlo… hasta el momento, si es que ocurre, en que el modo de pausa se activa de nuevo en la mente en respuesta a un miedo inesperado o a raíz del hábito de cautela instaurado desde hace tiempo.

Sin embargo, debe repararse el daño fisiológico que causaron las décadas de uso crónico del modo de pausa en los músculos, los nervios y las conexiones cerebrales en el área de la imaginación motora. En cuanto se desactiva la pausa, estas partes del cuerpo empiezan a curarse. La curación del daño puede tardar algunas semanas o años. Durante la curación, la persona *no* tendrá el comportamiento mental del Parkinson. Aunque la rigidez y el temblor del modo de pausa empezarán a descender de forma gradual *o* instantánea cuando se desactive la pausa, el cuerpo aún tendrá que curarse de los años de daño físico en los músculos, los nervios y las conexiones cerebrales. Los síntomas de esta fase se denominan síntomas de recuperación.

Los síntomas de recuperación pueden incluir la curación del entumecimiento de los dedos de los pies y la cara, dolor en los músculos que no se han utilizado durante años, pero que ahora se mueven de forma automática, cambios en la personalidad, necesidad temporal de dormir más, entre otros. Este libro tiene once capítulos dedicados a los síntomas de recuperación. Fueron los síntomas de recuperación los que ayudaron a crear la mayoría de las hipótesis que condujeron a los hallazgos sobre lo que en realidad causa el Parkinson. El descubrimiento de cómo *desactivar* el Parkinson se produjo por etapas. Las primeras personas que se recuperaron padecían Parkinson tipo II a raíz de la disociación de una antigua lesión en el pie o en el tobillo que llevaba mucho tiempo sin curarse. La lesión provocaba que los circuitos eléctricos del cuerpo funcionaran de forma similar a la que tiene

lugar durante el modo de pausa. Durante casi 20 años, fue difícil encontrar una terapia eficaz para la EP tipo I, la más común, provocada por una pausa autoinducida. El gran avance se produjo al enterarme de las gammagrafías cerebrales que se estaban estudiando en el campo bastante nuevo de la neuroteología. Reflexionar y descubrir terapias para los otros dos tipos de EP, los tipos III y IV, fue, en comparación, un auténtico paseo por el parque.

La información de los capítulos catorce y quince puede ayudar a una persona a determinar si padece o no la enfermedad de Parkinson. Esto es necesario porque el diagnóstico erróneo de este síndrome está fuera de control. El diagnóstico de un médico *no* es necesariamente correcto.

Los ejercicios del capítulo diecisiete pueden determinar qué *tipo* de EP tiene una persona. El tratamiento de la EP tipo I y tipo IV se explica en el libro *Stuck on Pause*. El tratamiento de la EP tipo II y III se explica en el libro *Yin Tui Na: Hands-on Treatment for Traumatic Injuries*. Estos libros pueden descargarse de forma gratuita en el sitio web del Proyecto de recuperación del Parkinson. El Proyecto de recuperación del Parkinson es una organización sin fines de lucro que se dedica a facilitar información gratuita sobre tratamientos eficaces para la enfermedad de Parkinson.

Reticencia a la recuperación

Debido a toda una vida de cautela y miedo causados por la pausa, muchas personas, en especial aquellas con una pausa autoinducida, temen embarcarse en un camino hacia la recuperación, le temen al cambio en la personalidad, le temen al dolor de volver a asociarse con viejos traumas, le temen a no ser capaces de recuperarse. Muchas personas me han dicho algo así como: "Otras personas podrían recuperarse. Yo soy diferente. Sé que no puedo, así que no quiero perder el tiempo". Otros tienen razones más complejas por las que no quieren recuperarse. Por ejemplo, muchas personas me han dicho que su cónyuge se divorciará de ellas si se recuperan. La única razón por la que el cónyuge *no* está tramitando el divorcio es el miedo a la humillación social que deberán soportar si se divorcian de un cónyuge con un problema de salud grave. A menudo, me derivan a estos pacientes porque el cónyuge quiere que se recuperen para que poder seguir adelante con un divorcio que el paciente *no* desea. Aun así, la razón más desconsoladora, que es incorrecta y que, sin embargo, oigo a menudo, es "no merezco recuperarme".

Esta actitud es absolutamente razonable dada la línea argumental mental que se desarrolla cuando una persona ha utilizado el modo de pausa autoinducido durante décadas, en especial la idea de que "soy diferente". En verdad, una persona cuyos circuitos eléctricos están funcionando en los patrones de pausa debido a una orden mental de no sentir dolor *es*, en muchos sentidos, diferente de otras personas. Pero solo en un sentido superficial. En lo profundo del corazón, una parte del cuerpo que una persona con Parkinson podría no ser capaz de sentir de forma somática, una persona con Parkinson es igual a otras personas, en especial a otras personas con Parkinson. Mi investigación ha demostrado que *pueden* recuperarse.

Aun así, la cruda realidad es esta: he conocido y trabajado por poco tiempo con muchas personas que decidieron que no querían recuperarse de la enfermedad de Parkinson. Esta fue una de las cosas que más me costó aceptar.

Como ya he señalado con anterioridad en este libro, es un tópico médico que la mayoría de la gente preferiría morir antes que cambiar. Pensemos en los muchos cambios al parecer sencillos que podrían mejorar la calidad de vida o incluso salvar la vida: dejar de

fumar; hacer más ejercicio; controlar la ingesta de alimentos para prevenir la hipertensión, el aumento de peso o la diabetes; etcétera. La mayoría de las personas saben bien que hacer cambios en su estilo de vida podría traer enormes beneficios para la salud. Y, sin embargo, como nos enseñan en la facultad de medicina, la mayoría de la gente prefiere morir antes que cambiar sus hábitos o su comportamiento. Hacer cambios, incluidos los mentales, puede ser extraordinariamente difícil, incluso doloroso. Para hacer estos cambios, una persona puede tener que luchar contra su propia mente, su sentido de identidad y los patrones de vida que ha creado para ayudarse a sí mismo a hacerle frente a los dolores físicos y emocionales de su vida. Cuando empecé este proyecto, supuse que este proverbio de la facultad de medicina no se aplicaría a las personas con enfermedad de Parkinson. Me equivoqué.

Cuando se trata de cambiar aspectos centrales de nosotros mismos, tenemos derecho a decidir si queremos enfrentar esto o no.

Hostilidad hacia la idea de un componente mental

Algunas personas con Parkinson se han mostrado muy resentidas cuando empecé a abordar el tema del componente mental/emocional. Por ejemplo, en los primeros años de nuestro sitio web, publicamos información sobre el aspecto de la lesión en el pie del Parkinson, que ahora denomino EP tipo II. Nos llenaron de preguntas. Después de 2005, cuando el Proyecto de recuperación del Parkinson publicó nueva información que compartía lo que habíamos descubierto sobre muchas personas que tenían un tipo de EP que parecía tener un componente mental, aunque era tratable, el número de personas que hacían consultas se redujo casi a 0.

Pero incluso antes de eso, en los comienzos del Proyecto de recuperación del Parkinson, hablé con muchas personas que no querían recuperarse si podía llegar a haber períodos desagradables pasajeros o cambios en su personalidad. En los inicios, a menudo, intentaba hacer cambiar de opinión a personas que decidían que no querían recuperarse o que no merecían recuperarse. Con el tiempo, terminé aceptando que algunas personas preferían tener Parkinson antes que arriesgarse a experimentar lo desconocido y/o un cambio en su forma de enfrentarse al mundo.

Algunos pacientes tenían muy claro que preferían no recuperarse si la recuperación podía implicar un cambio de comportamiento o actitud emocional. Tener que cambiar temores arraigados desde hace mucho tiempo o renunciar a toda una vida de cinismo sería lo mismo que admitir que han estado aferrados a una mentalidad poco saludable o incluso "incorrecta", que han hecho algo "mal". Muchos han explicado de forma elocuente, aunque ilógica, que prefieren quedarse como están antes que admitir lo anterior.

Unas cuantas personas con Parkinson me han dicho que preferirían creer que no hay cura para el Parkinson antes que considerar que han estado fomentando una mentalidad poco saludable. A primera vista, esta actitud me pareció maravillosamente extraña. Pero ahora sé que ser cauteloso, una mentalidad intrínseca a la pausa y la pausa autoinducida, puede aumentar y transformarse en miedo a que los demás lo perciban como deficiente, miedo a estar equivocado en algo, y miedo a haber hecho, en el pasado, un cambio perfectamente humano, razonable, incluso *necesario* en el propio *modus operandi* al autoinducirse el modo de pausa. Y, *hasta* que una persona desactiva el modo de pausa, esta actitud de cautela puede ser su mentalidad dominante.

Incredulidad en la palabra "degenerativo"

Muchas personas insistían en que, en su caso, el Parkinson no era tan grave y que no les *molestaba* tenerlo, porque los síntomas en verdad no interferían demasiado en sus vidas. Estas personas habían acudido a mi clínica a regañadientes, a menudo, enviadas por cónyuges o familiares que querían que se recuperaran.

A veces, intentaba explicarles que los síntomas de los trastornos degenerativos empiezan siendo muy leves y empeoran de forma gradual con el tiempo.

Muchas de estas personas *no* querían reconocer que sus síntomas empeorarían con el tiempo. En ocasiones, les preguntaba a estas personas si habían ido alguna vez a un grupo de apoyo para el Parkinson para poder hablar con otras personas sobre la progresión de los síntomas con el tiempo. A menudo me decían algo así como: "Fui una vez, pero las personas del grupo tenían otro tipo de Parkinson", o "Las personas del grupo eran un verdadero desastre, no eran como yo. Mi Parkinson no es grave como el de ellos. El *mío* no es un problema".

Como mencioné con anterioridad en el capítulo sobre la personalidad parkinsoniana, las personas con Parkinson suelen ser consideradas muy inteligentes, amantes de la palabra y muy analíticas. Pero en lo que esto respecta, muchas personas con EP en fase inicial parecen tener un punto sordo.

De nuevo, degenerativo significa "que empeora con el tiempo".

Síntomas de recuperación

El Parkinson es un síndrome de entumecimiento, degeneración muscular, desconexión nerviosa y, en la mayoría de los casos, un grado alto de comportamientos mentales cercanos a la muerte, como cautela, escepticismo, ansiedad, estoicismo, entumecimiento de la conciencia somática, e incluso la percepción de estar fuera del propio cuerpo. Todos estos problemas se deben a que la persona ha estado atrapada en el modo de pausa o pseudopausa durante un período de tiempo prolongado. Los síntomas motores son un efecto secundario de esto, pero suelen enmascararse durante décadas mediante el uso de un pensamiento basado en la emergencia. El temblor también es un efecto secundario, una señal de que el cuerpo físico *quiere* desactivar la pausa. Pero como el verdadero problema es una actitud mental o una lesión que bloquea un canal y mantiene la pausa, el cerebro no puede seguir los pasos para desactivarla. El temblor le envía mensajes una y otra vez a un cerebro que no puede o no quiere recibirlos.

Los síntomas de recuperación no se dan en una línea recta. Pero en la medida en que existe *cierto* grado de previsibilidad, cabe suponer que el regreso de una función motora totalmente normal podría ser una de las últimas cosas que ocurran durante la recuperación. Lo que puede ocurrir *antes* del regreso de la función motora sana es la reanudación de la sensibilidad nerviosa, la espasticidad, la función motora infantil, el dolor de espalda, el aumento de la sensibilidad en los nervios que van a la vejiga, el agotamiento, y muy a menudo, una nueva sensibilidad abrumadora a las sensaciones del corazón, entre otros.

Los médicos consideran que el Parkinson es tan solo un problema de función motora y un problema de temblor. Debido a esto, tanto los médicos como los pacientes suelen estar atentos al retorno a la perfección motora o el cese del temblor cuando buscan pruebas de recuperación. Sin embargo, la función motora normal y el cese del temblor pueden ser los *últimos* cambios que se produzcan.

La recuperación del Parkinson se produce con cautela cuando la mente, aunque sea por un momento, empieza a disfrutar de nuevo del modo parasimpático, cuando empiezan a reírse más y no les importa tanto lo que piensen los demás. Ocurre cuando empiezan a darse cuenta de que no importa si son vulnerables o no, si no son lo más perfectos posible, y que no pasa nada si alguien se burla de ustedes. *Estos* son los primeros cambios que muestran que se están recuperando de la enfermedad de Parkinson. Los cambios *invisibles*, no las mejoras en la función motora, son los que demuestran que han desactivado la pausa y están en *proceso* de curación.

Los cambios visibles en la función del motor son secundarios. Incluso cuando la función motora empieza a mejorar, la mayoría de la gente no es muy buena observadora. Puede que solo se den cuenta de que sus comportamientos motores aún no son "perfectos". Y es posible que les señalen de forma amable estos comportamientos motores que aún están presentes y los animen a tomar medicamentos para que "dejen de tener Parkinson y sean como antes". Es posible que estas personas *no* tengan ni idea de cuáles eran sus síntomas reales, los síntomas mentales de vivir al borde de la muerte, de estar fuera de sus cuerpos, de insensibilizarse ante los sentimientos del corazón; y puede que no tengan ni idea de cuánto tiempo ha estado sucediendo esto. Suponen que estaban bien hasta que la función motora empezó a colapsarse tras décadas de haber estado en un estado mental de emergencia que ya no pueden mantener.

Debido a esto y a que uno de los hábitos cerebrales arraigados que se desarrollan mientras se está en pausa es el de ver siempre el lado negativo (y este *hábito* cerebral *no* desaparece de inmediato solo porque se desactive la pausa), dudar de la propia recuperación puede ser uno de los mayores retos a superar. Reentrenar el cerebro para que se centre en lo positivo e ignore lo negativo puede formar parte del reentrenamiento continuo en el que el cuerpo y la mente tienen que trabajar *de manera activa* durante la recuperación.

Solo si entienden qué es lo que realmente están intentando cambiar podrán quedarse tranquilos al saber que, de hecho, se están curando de la enfermedad de Parkinson después de que se desactiva la pausa. Sus médicos y seres queridos pueden suponer que siguen teniendo enfermedad de Parkinson hasta que su evaluación visual, rápida y muy inadecuada, demuestre que ya no tienen *ningún* rastro residual de deterioro de la función motora.

La duda puede hacer que vuelvan a la pausa autoinducida. No caigan en esto.

Ustedes conocen los cambios y la curación que están experimentando aunque nadie más los perciba o los reconozca. Disfrútenlos.

Inténtenlo

Yo aliento a las personas con Parkinson a que, al menos, contemplen la idea de recuperarse. A cada uno de mis pacientes que se ha recuperado le ha encantado dejar de estar en el cuerpo y la mente de una persona que está atascada en el modo de pausa, el modo de la muerte inminente.

La mayoría de las personas quieren recuperarse del Parkinson porque odian los impedimentos físicos y el temblor. Después de la recuperación, mis pacientes se sentían más contentos con sus nuevas perspectivas mentales: "No es la *muerte* de nadie si no soy perfecto", y "No pasa nada, todos somos humanos". Para muchos de mis pacientes, el retorno de la elegancia física y la desaparición del temblor fueron *efectos secundarios* agradables de la recuperación.

Casi todas las personas que se han recuperado han dicho algo parecido a: "Antes quería no tener Parkinson para poder volver a ser como siempre había sido. Ahora no quiero volver a ser esa persona, nunca más".

La recuperación es *posible*. La recuperación es espectacular. *Merecen* recuperarse. Si padecen enfermedad de Parkinson y jamás han tomado los medicamentos durante más de algunas semanas y aún no han perdido la cordura, *pueden* recuperarse.

Después de la recuperación

Después de que se recuperen, no hace falta que *me* lo cuenten. Ya sé que es posible. Cuéntenselo a sus amigos. Cuéntenselo a sus médicos. Creen un sitio web o un blog para compartir su experiencia. Tal vez pueden hacer una donación al Proyecto de recuperación del Parkinson para que esta información pueda seguir estando a disposición de los futuros lectores de forma gratuita. En un futuro próximo, cuando dispongamos de fondos suficientes, esperamos poder realizar traducciones profesionales de este libro a los principales idiomas del mundo.

Nadie puede obtener ningún rédito significativo a partir de la información que se presenta en este libro. No se vende ningún dispositivo ni se publicita ninguna píldora. No hay nada con lo que un médico pueda obtener un rédito porque no se *necesita* un médico para recuperarse. Por lo tanto, nadie en el campo de la medicina va a dar un paso adelante para promover con firmeza los hallazgos de este libro.

Es *poco* probable que los médicos alopáticos se enteren de esta información a corto plazo a través de la facultad o sus revistas. Dependerá de ustedes ayudar a que esta información llegue a otras personas a las que les diagnosticaron enfermedad de Parkinson. Sus médicos se pondrán al día más adelante.

Les deseo lo mejor. Si hoy tienen Parkinson, espero que se recuperen pronto.

Cuatro fotos de la autora

Unas 3 semanas después de que empezara a recuperar la sensibilidad en la cara y pudiera volver a utilizar los músculos de la mejilla derecha, un amigo me tomó esta foto, que también aparece en la pág. 163. Ya había recuperado parte del uso de los músculos de la mejilla y del párpado inferior derecho, pero este todavía está *un poco* caído, lo que hace que el ojo derecho parezca más grande que el izquierdo.

Aunque esto era más marcado antes de la recuperación, esta foto todavía muestra muy bien a lo que me refiero cuando digo un "surco" al costado de la nariz en el lado *derecho,* y la planitud de la mejilla de ese lado. En comparación, observen como "sobresale" el músculo de la mejilla, la "manzana" de la mejilla, en el lado *izquierdo*.

Fig. 33.1 Principios de abril de 1998

Desearía haber tomado fotos antes de esta restauración parcial de la capacidad de respuesta facial. En mi defensa, en aquel momento, no sabía que me iba a recuperar, y mucho menos que iba a escribir un libro.

Un mes después, un amigo me tomó esta foto, contra la misma pared, a la misma hora del día. Al igual que en la foto anterior, el sol alumbra del lado derecho, lo que ayuda a acentuar el surco junto a la nariz y en el lado derecho.

Se aprecia una ligera mejora. Los párpados son más simétricos y comienza a sobresalir apenas el músculo de la mejilla derecha.

Observen la mayor separación entre los dos dientes superiores de adelante. Esto ocurrió en cuestión de minutos, una tarde mientras me relajaba, luego de que mi paladar superior recuperara el tono muscular normal.

Fig. 33.2 Un mes después (principios de mayo de 1998)

Si relajaba en profundidad los músculos faciales y dejaba caer la mandíbula, el lado derecho de la cara y el labio superior derecho seguían completamente laxos (sin tono). Aunque los músculos de la boca se hunden, siguen estando más tonificados que antes de desactivar la pausa. Antes de lograrlo, los músculos de la boca estaban rígidos y hacia abajo.

Hoy, en 2020, cuando dejo que los músculos de la cara se relajen profundamente, todavía tengo una sonrisa débil
(vean la contraportada del libro).

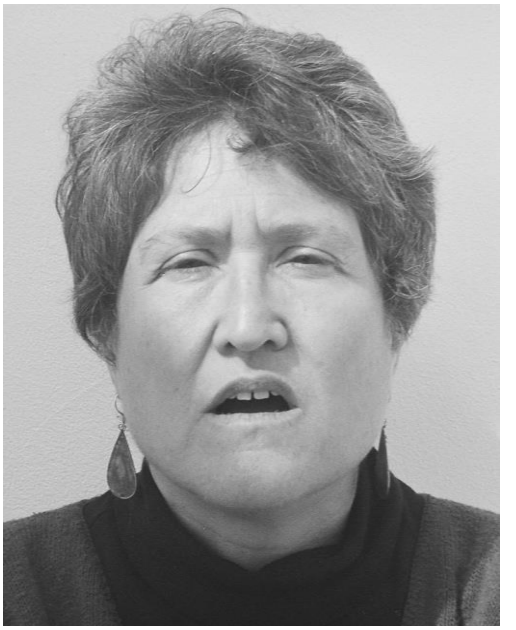


Fig. 33.3. Cara relajada en profundidad (principios de mayo de 1998)

Esta cuarta foto, tomada 14 años después, muestra que la mejoría se ha mantenido, e incluso ha aumentado un poco.

Observen el músculo de la mejilla *derecha* que está alineado con la "comisura" de la boca, el músculo que forma la parte inferior de la protuberancia de la mejilla que aparece cuando sonreímos mucho. Este músculo había desaparecido aproximadamente un año antes de mi diagnóstico. La simetría de los músculos del párpado inferior izquierdo y derecho se ha mantenido.

El cabello se está poniendo gris… pero eso no es un síntoma de la enfermedad de Parkinson.

Fig. 33.4 Febrero de 2013

Apéndices

Apéndice I: Información sobre el sitio web y libros p. 410

Apéndice II: Mapas de los canales p. 413
Canal del estómago p. 414
Canal Du p. 415
Canal UB p. 416
Canal del intestino grueso p. 417
Canal de la vesícula biliar p. 418
Canal renal p. 419

Apéndice III: Índice de ilustraciones p. 420

Índice p. 422

Apéndice I: Información sobre el sitio web y libros

El Proyecto de recuperación del Parkinson es una organización sin fines de lucro. Su misión es facilitar investigaciones nuevas y recientes sobre la enfermedad de Parkinson de manera gratuita. El sitio cuenta con actualizaciones en su página de inicio y, además, ofrece publicaciones sobre el tratamiento eficaz de la enfermedad de Parkinson para su descarga gratuita.
El sitio web: www.PDrecovery.org.

Libros

Los siguientes libros pueden ser útiles. Están en orden alfabético.
Los libros que tratan sobre el Parkinson están disponibles para su descarga gratuita en PDrecovery.org y están marcados con un asterisco*.
Todos los libros, *excepto Medications of Parkinson's: Once Upon a Pill*, también están disponibles para su compra en versión impresa en JaniceHadlock.com.

Hacking Chinese medicine (Cómo descifrar la medicina china)

El extraño vocabulario de la medicina china *puede* traducirse al español con términos lógicos basados en los significados *médicos* de las palabras chinas, en lugar de utilizar traducciones basadas en los significados poéticos clásicos, que es con lo que nos encontramos en la actualidad. Estas traducciones erróneas son las que hacen que la medicina china en español suene misteriosa, hasta ridícula. Este libro proporciona traducciones precisas, por lo que esta medicina resulta lógica e incluso moderna. Las traducciones correctas muestran que la antigua medicina china está más en consonancia con la física moderna y los principios de la bioelectricidad que nuestra medicina "moderna y occidental" actual.

Los casos prácticos de muestra ilustran la objetividad diagnóstica y la lógica de esta medicina, y explican *cómo* funcionan los tratamientos de la medicina china, si se realizan de forma correcta. Para explicar los principios básicos de la medicina china y los diagnósticos chinos, se utiliza un inglés cotidiano.

Los lectores han dicho que se trata de un libro magnífico para principiantes que sientan curiosidad por la medicina china. Muchos acupuntores han dicho que la lectura de este libro les proporcionó vocabulario para explicar la medicina china a sus pacientes.

Este libro *no* tiene aplicaciones específicas para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, lo incluyo en esta lista de libros de referencia porque puede ser útil para alguien que quiera un buen libro sobre la medicina china en general para principiantes.

La versión impresa de este libro está disponible en JaniceHadlock.com.

*Medications of Parkinson's: Once Upon a Pill (Medicamentos para el Parkinson: había una vez una píldora)**

Este libro comparte los hallazgos de un proyecto de investigación de cuatro años en el que se trabajó con personas que intentaban recuperarse de la enfermedad de Parkinson

mientras seguían tomando, o intentaban reducir, sus medicamentos antiparkinsonianos. Los horrores que sobrevinieron, las muertes y los brotes psicóticos ayudan a explicar por qué el Proyecto de recuperación del Parkinson no recomienda que una persona intente recuperarse del Parkinson si ha tomado medicamentos dopaminérgicos durante más de tres semanas.

Incluso si una persona no es un buen candidato para la recuperación, este libro contiene información importante sobre cómo reducir de forma segura los medicamentos antiparkinsonianos si alguien está teniendo efectos adversos o síntomas como discinesias, espasmos, alucinaciones, demencia y otros síntomas asociados con niveles excesivamente altos de dopamina. La reducción segura del uso de medicamentos debe ser muy lenta; el retiro completo de los medicamentos, si se desea, puede requerir hasta un año y medio. Una reducción demasiado rápida de ciertos medicamentos antiparkinsonianos puede ser fatal. Lo más probable es que sus neurólogos no tengan ni idea de cómo reducirlos de forma segura. Las únicas personas que murieron de síndrome neuroléptico maligno (muerte por un retiro demasiado rápido de los medicamentos que provoca un fallo del sistema nervioso autónomo, que regula la respiración, el ritmo cardíaco y la temperatura) durante nuestro proyecto de investigación de cuatro años fueron las que siguieron los consejos claramente incorrectos de sus neurólogos.

Este libro puede descargarse gratis en PDrecovery.org.

*Stuck on Pause (Atascado en la pausa)**

Este libro explica en detalle cómo desactivar la pausa biológica y la autoinducida. Si han determinado que están en pausa, sea del tipo que sea, pueden utilizar este libro para descubrir los pasos para desactivar el modo de pausa. Explica cómo diferenciar la pausa biológica de la pausa autoinducida. Responde con gran detalle a muchas preguntas sobre la recuperación de la pausa y profundiza mucho más de lo que es posible en el libro más general titulado *Recovery from Parkinson's* (Recuperación del Parkinson).

Este libro puede descargarse gratis en PDrecovery.org y su versión impresa está disponible para su compra en JaniceHadlock.com.

Tracking the Dragon (Cómo localizar al dragón) (dos capítulos*)

Este libro les enseña a percibir el Qi de los canales. Explica los diferentes circuitos bioeléctricos de los diferentes modos neurológicos. Explica cómo utilizar los bloqueos y las divergencias de los canales con fines diagnósticos. Se proporcionan numerosos casos prácticos que demuestran los principios clave de la antigua medicina china.

Este libro está escrito con términos coloquiales, por lo que es apto para estudiantes de medicina china y para personas que no tienen formación en medicina.

Los capítulos de este libro que enseñan a percibir el Qi de los canales y que muestran los mapas de los canales pueden descargarse de forma gratuita en PDrecovery.org. Puede adquirirse la versión impresa del libro completo en JaniceHadlock.com.

*Yin Tui Na: Hands-on Therapy for Traumatic Injuries (Yin Tui Na: terapia práctica para lesiones traumáticas)**

Este libro repleto de fotografías muestra las terapias prácticas que pueden utilizarse en todas las lesiones, nuevas, antiguas y disociadas. También comparte técnicas mentales y

actitudinales que los pacientes pueden utilizar para volver a asociarse con lesiones sin curar, tanto si la disociación es normal y automática como si es autoinducida. Explica cómo diferenciar y diagnosticar los dos tipos distintos de disociación, y qué terapias funcionan mejor para cada una.

Este libro puede descargarse gratis en PDrecovery.org y su versión impresa está disponible para su compra en JaniceHadlock.com.

Apéndice II

Mapas de los canales

Los siguientes mapas muestran los canales que tienen especial importancia en la recuperación de la enfermedad de Parkinson. Si desean tener un conjunto más completo de mapas de los canales que estén disponibles para su descarga gratuita, consulten *Tracking the Dragon* en el sitio web de PDrecovery.

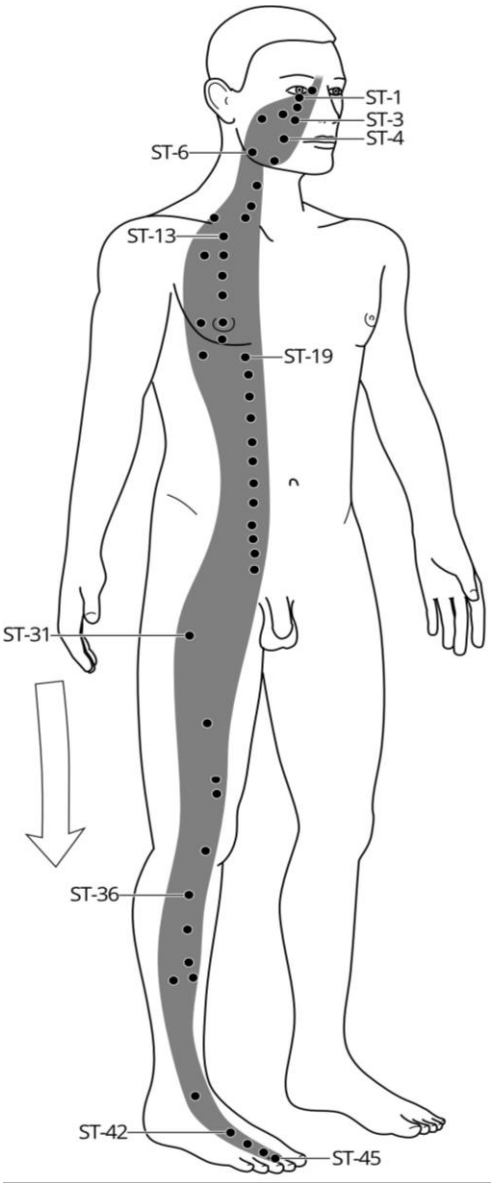
El canal del estómago

El canal del estómago va desde la frente hasta los dedos de los pies. Fluye bien por debajo de la superficie de la piel. En el modo parasimpático, fluye hasta las puntas del 2.º y el 3.er dedo del pie.

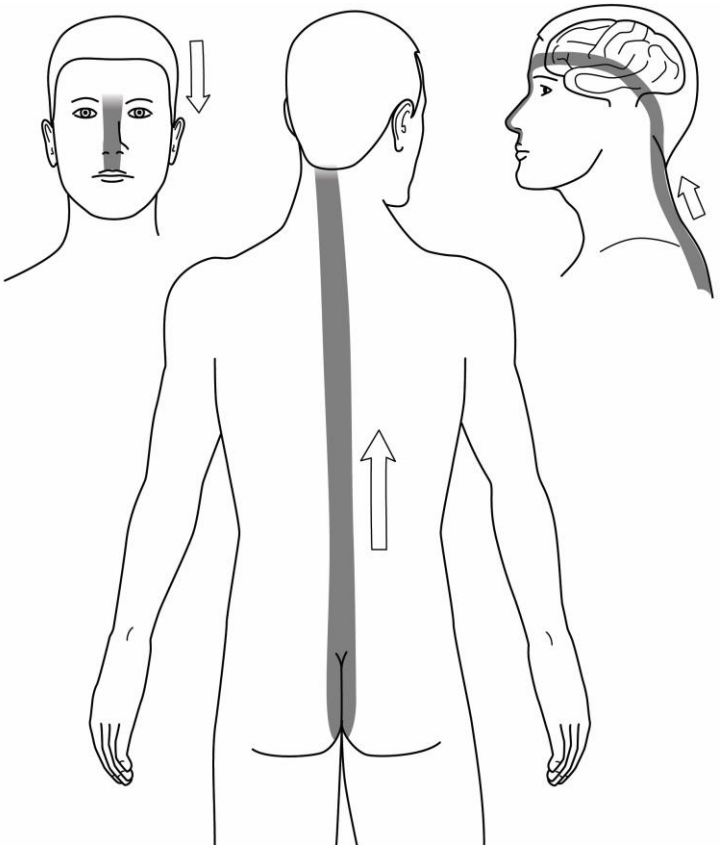
En el modo simpático, fluye desde el ST-42 hasta el lado interno del pie en el SP-3.

En el modo de pausa, fluye en retroceso desde el ST-42 hasta el ST-6, y desde allí hasta el costado de la frente.

Cuando se duerme, el canal del estómago fluye hasta la punta del 2.º y el 3.er dedo del pie, pero con un amperaje muy, muy bajo, que no es lo suficientemente fuerte como para que se mueva el intestino.



El canal Du



El canal Du inicia en el ano, sube por la espalda, llega a la parte delantera de la cara y entra en la boca. Circula a través del intestino hasta que emerge en el ano.

En el modo parasimpático, el canal Du recorre el centro de la cabeza.

En el modo simpático, la corriente del canal Du es atraída hacia los costados del cerebro mientras circula por la cabeza y "serpentea" hacia la frente.

En el modo de sueño, el amperaje del canal Du disminuye considerablemente. La corriente no atraviesa la cabeza, sino que fluye por encima de ella, bien por debajo de la piel.

En el modo de pausa, el canal Du se detiene en la base del cuello. Parece como si la corriente se detuviera en el cuello, como si estuviera ausente por completo o como si se moviera con sacudidas pequeñas y rápidas hacia arriba y hacia abajo.

El canal de la vejiga urinaria (UB)

(en el Reino Unido, se conoce como el canal BL)

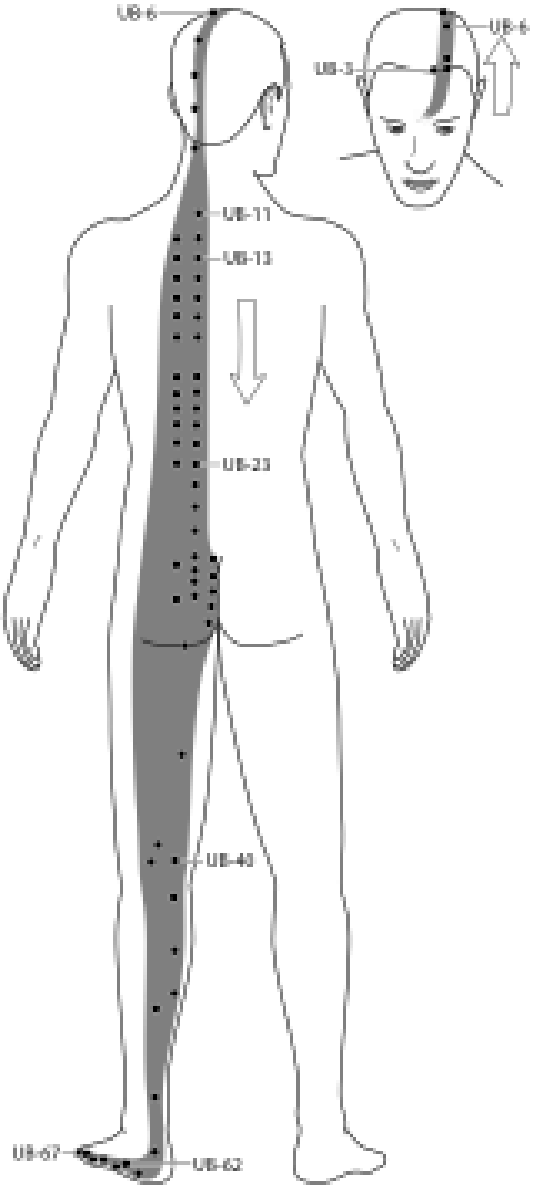
En el modo parasimpático, el canal UB va desde la frente hasta el dedo más pequeño del pie.

En el modo simpático, aumenta el amperaje del canal UB. Un pequeño aumento hará que el canal UB se desvíe hacia el canal renal cercano desde el UB-63, en el costado del pie.

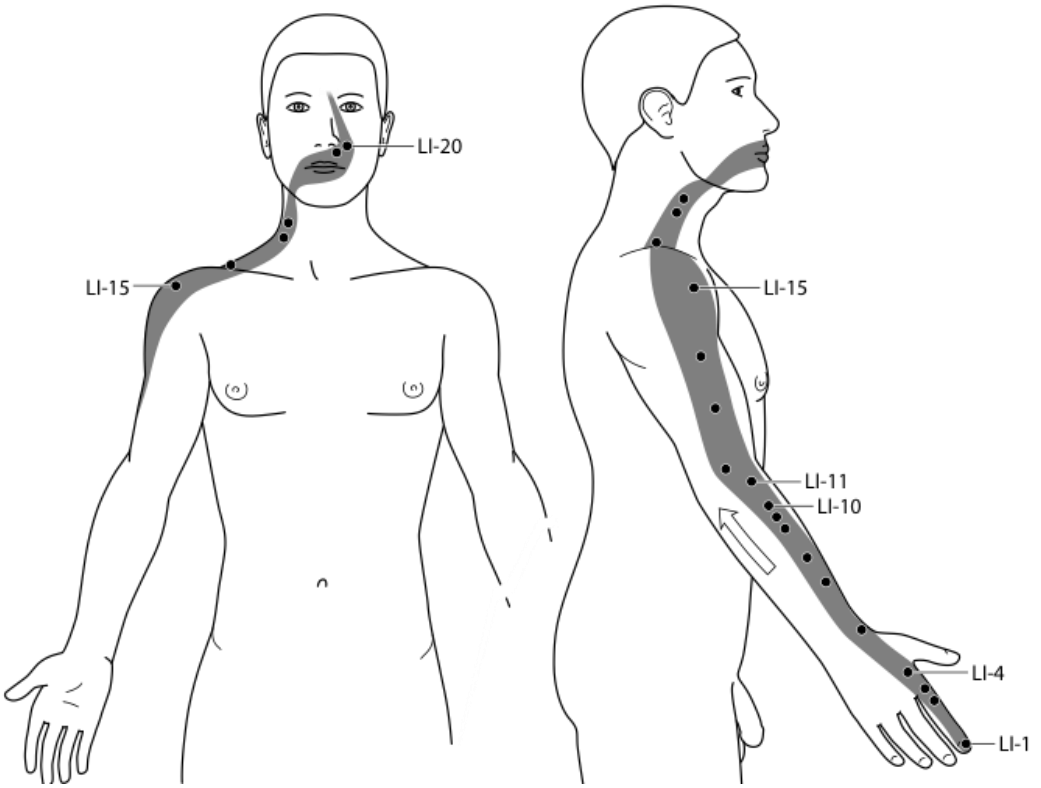
En un grado alto de modo simpático, el canal UB se desviará hacia el canal renal cercano en el UB-40, en la parte posterior de la rodilla.

Durante el modo de sueño, este canal transporta muy poca corriente, lo que detiene la activación de los nervios de la columna vertebral.

Durante el modo de pausa, la corriente de este canal puede tomar forma de onda justo encima del UB-11, en el cuello. Entonces, la energía fluye fuera del cuerpo, lo que provoca que la persona se sienta como si se estuviera observándose a sí misma desde afuera de su cuerpo.



El canal del intestino grueso (LI)



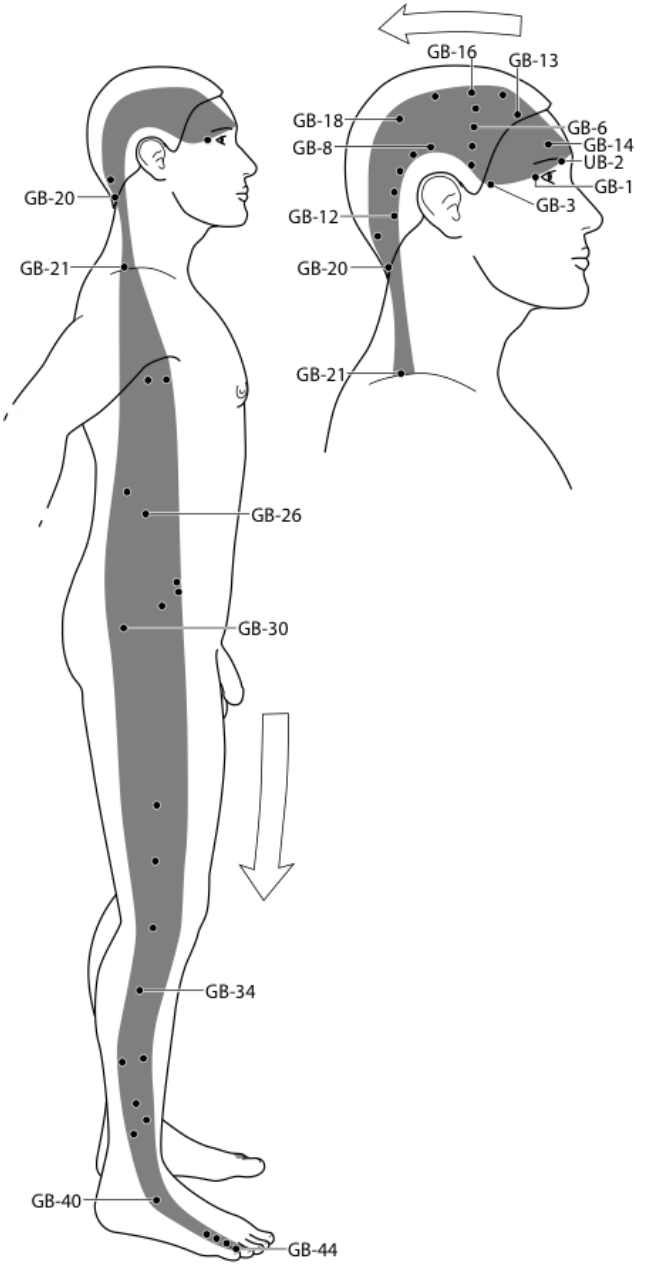
En el modo parasimpático, el canal del intestino grueso (LI) fluye desde los dedos índice y pulgar hasta la frente. El canal del pulmón, que fluye desde la clavícula hasta el pulgar, es el canal que precede al LI, lo alimenta y se convierte en él.

En el modo simpático, parte del Qi del canal del pulmón fluye hacia el canal LI en el LI-6, en lugar de bajar hasta las puntas de los dedos. A mayor grado de modo simpático, mayor cantidad de Qi del canal del pulmón fluye hacia el LI en el LI-6, en lugar de fluir hacia las puntas de los dedos.

En el modo de sueño, la cantidad de energía en este canal disminuye enormemente, lo que permite que los dedos queden laxos.

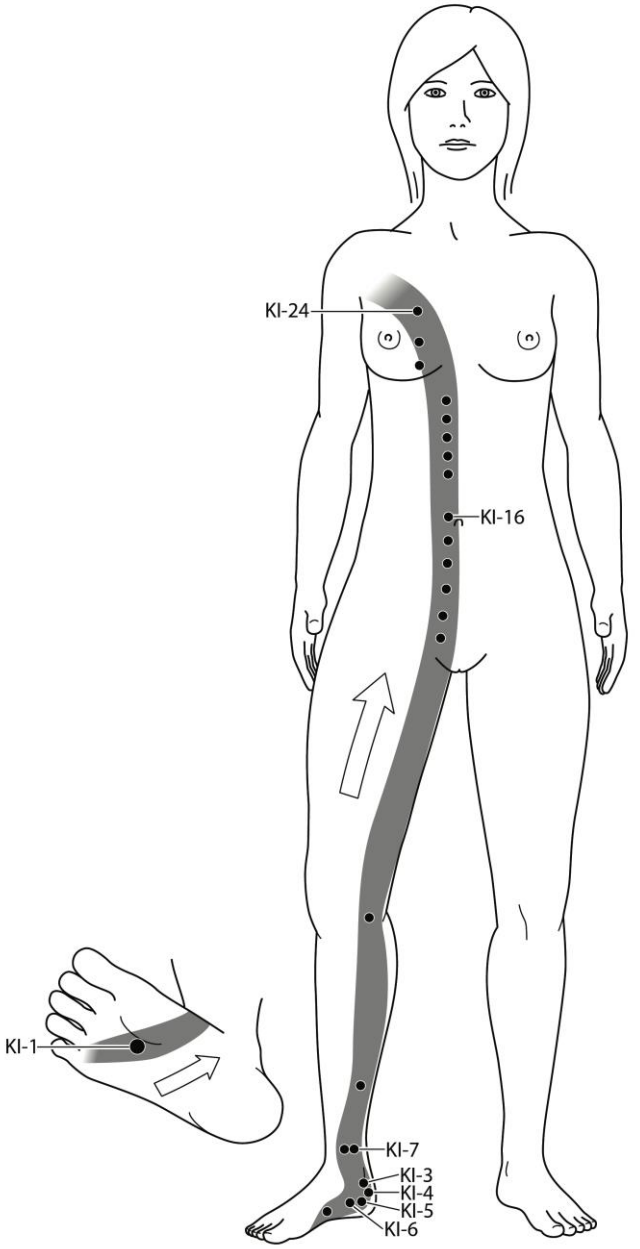
En el modo de pausa, el Qi del canal LI puede fluir en retroceso desde la clavícula hasta la muñeca. En la muñeca, la energía puede tomar forma de onda y salir del cuerpo. La parte del canal LI que pasa por el cuello y la cara se une con la parte del canal del estómago que pasa por la cara y fluye en retroceso. Viaja hasta el ST-6 en la parte posterior de la mandíbula y luego se desvía hacia el costado de la cabeza en el ST-8.

El canal de la vesícula biliar



En la cabeza, el canal de la vesícula biliar fluye en dirección opuesta al canal Du. Este canal circula con mayor energía entre las 11:00 p. m. y la 1:00 a. m., cuando se supone que la persona está durmiendo y la consciencia está descansando.

El canal renal



El canal renal es el "más profundo" de los canales internos de la pierna, ya que es el que está más cerca de los huesos de la pierna y más alejado de la piel. A medida que fluye hacia el torso, proporciona energía a las glándulas suprarrenales y a los riñones. A veces, si la glándula suprarrenal ha estado apagada durante mucho tiempo, hay que imaginar cómo este canal sube hacia el torso y aporta un resplandor suave a las glándulas suprarrenales.

Índice de ilustraciones

Fig. 1.1 El flujo saludable del canal del estómago en el modo parasimpático p. 5

Fig. 1.2 Durante la pausa, el Qi del canal del estómago fluye en retroceso y hacia arriba hasta el ST-6 p. 6

Fig. 4.1 El recorrido craneal del canal Du forma un arco ligeramente curvado que va desde el tronco encefálico y el bulbo raquídeo, pasa por el centro del cuerpo estriado, el tálamo y el lóbulo frontal, y termina en la frente en el punto entre las cejas p. 49

Fig. 4.2 Algunas áreas del cerebro p. 50

Fig. 13.1 Flujo normal del canal del estómago/canal del estómago mientras se está en pausa p. 157

Fig. 13.2 El canal Du en modo parasimpático p. 158

Fig. 13.3 El recorrido del canal Du mientras se está en pausa. Nota: No hay ninguna flecha de dirección. p. 159

Fig. 13.4 El recorrido del canal UB en modo parasimpático p. 160

Fig. 13.5 El canal Ren en modo parasimpático p. 163

Fig. 13.6 ST-6 a ST-8, la derivación de seguridad en la mandíbula del Qi del canal del estómago que fluye en retroceso p. 168

Fig. 14.1 Canal del estómago normal: la energía fluye hacia *abajo* de la cara p. 181

Fig. 14.2 Canal del estómago en pausa: la energía fluye hacia *arriba* hasta el costado de la cabeza p. 181

Fig. 14.3 El rostro de la autora en 1998 p. 182

Fig. 14.4 Canal del estómago en modo parasimpático/Canal del estómago en pausa p.184

Fig. 14.5 Venas sanas en los pies p. 187

Fig. 14.6 Venas en bucle y manchas en la parte interna del tobillo, peor en el LSAP p. 187

Fig. 14.7 El recorrido del canal del intestino grueso (LI) en modo parasimpático p. 190

Fig. 15.1. El hombre que aparece en esta foto, a quien le diagnosticaron enfermedad de Parkinson idiopática 20 años antes, estaba lo más rebosante de alegría posible p.200

Fig. 15.2 Hombre de la foto, 3 años después, luego de que se recuperara del Parkinson p. 201

Fig. 17.1 El canal Du en modo parasimpático p. 240

Fig. 17.2 El canal Du en modo de pausa: bloqueado en el cuello p. 241

Fig. 17.3 La parte sana y parasimpática del canal UB que pasa por la cabeza y el cuello p. 241

Fig. 17.4 La oscuridad inmóvil o la “invisibilidad” que se “ve” en alguna parte del cuerpo p. 259

Fig. 21.1 Acupuntos en el lado interno del pie, en el canal del bazo p. 391

Fig. 33.1 Rostro de la autora, a principios de abril de 1998 p. 407

Fig. 33.2 Un mes después (principios de mayo de 1998) p. 407

Fig. 33.3. Un mes después, cara relajada (principios de mayo de 1998) p. 408

Fig. 33.4 Febrero de 2013 p. 408

Índice

¿cuánto tiempo tarda la recuperación?, 27
¿qué demonios?, 281
abrir el corazón, 243
abuela como amiga invisible, 147
abuelo:, 74
accidente con una cortacésped, 179
acinesia, 198
actitud arrogante con respecto a los medicamentos antiparkinsonianos, 65
acupuntura puede acelerar los síntomas de la EP, 15
ACV visible en una gammagrafía cerebral, 202
adicción
  ansiolíticos, 71
  antidepresivos, 71
  dopamina, 38, 72
adictos congelados
  hipótesis de células muertas, 37
Adictos congelados, 35
  hipótesis de células dopaminérgicas muertas, 35
Administración de Veteranos, tratamiento del TEPT, 73
Adolph Hitler, 276
adrenalina
  función en el cuerpo, 8
  volver a aprender a usarla, 9
aferrarse a la vida, una traducción de Nei Jing, 14
Agente naranja, 209, 222
agitación
  después una lesión en el pie durante el bautismo, 30
  visualización, 247
ahogamiento
  debido al espasmo de garganta, 183
  sin, 182
ahogamiento que provoca una respuesta de pausa, 249
alcoholismo debido a las cantidades elevadas de dopamina, 71
All the Light We Cannot See, película, 257
alma, denominada fuente de Qi en chino, 162
alucinaciones, la, 70
American Journal of Acupuncture, 92, 195
amígdala
  aumento de la estimulación durante la pausa, 160
  Dios vengativo, 135
  mapa cerebral, 49
  ubicación, 50
amigo invisible
  Archivo de audio de la investigación, 116
  primera mención, 137
  tótem animal, guía espiritual, 115
amigos imaginarios en la infancia, 142
amish tienen una alta tasa de EP, 42
amnesia en la recuperación parcial, 99
AMS
  atrofia multisistémica, 334
  nuevo diagnóstico de atrofia multisitémica, 24
análisis de laboratorio para el diagnóstico de la EP, 201
analizar en lugar de sentir, 142
analogía con el flujo de agua, 158
analogía de guerra, reconstrucción después de una guerra, 28
analogía de plomería, camino de menor resistencia, 174
analogía informática, el disco duro crea imágenes, 193
anestesia
  inhibición del tálamo, 51
  pone a una persona en pausa, 161
  se desactiva por sí sola, 73
ángel en el hombro, 117
angosto el camino, 166
año o año y medio, tasas de reducción de medicamentos, 69
apariencia, 199
apartados de Dios, 279
apendicectomía aumenta el riesgo de Parkinson, 170
apetito
  cerrado, en la lista de síntomas de la EP, 183
  falta de apetito debido a la pausa crónica, 152
apnea, 181
árboles, visualización lúdica, 155
área cerebral de imaginación motora investigación, 94
área de la imaginación motora durante la recuperación, 324
área de la imaginación motora inactiva, 324
Arjuna, 274
armario, encerrada dentro, 252
Arnica montana, 297
artículos de hipótesis, 91
artículos de observación, 91
asesinada en la ficción, 92

Asociación Nacional de Entrenadores de Atletismo, efecto a largo plazo de la lesión en el tobillo, 32
aspectos espirituales de EP, 269
aspirina, 306
astilla en el pie, una sensación durante la recuperación, 291
ataque de pánico, 385
durante la recuperación, 394
atar los cabos en la investigación moderna, 96
atrofia multisistémica, 334
audición, se agudiza en el modo de pausa, 155
aumento del amperaje pericárdico, 165
austeridad, parte de la personalidad parkinsoniana, 215
autoindulgencia, miedo a la autoindulgencia, 348
automóvil
miedo a no poder conducir, 299
pie aplastado, 30
vivir en el automóvil, 261
autora
cara en 1998, 407
cara, 1998, 182
cara, 2012, 408
epifanía, 114
síntomas, 119
Awakenings (Despertares)
pruebas de L-dopa, 37
bailar desenfrenadamente durante la recuperación parcial, 103
banda adhesiva Ace (elástica), 306
barrera hematoencefálica, 8
definición, 45
paso de carbidopa, 45
beatificación, 220
Bhagavad Gita, 274
biblioterapia, 109
bíceps
dolor, inflamación, 353
bicicleta
andar en bicicleta durante el giro cerebral, 206
tambaleo mientras está detenida, 53
bigote de comida, 293
bioelectricidad no neuronal, 7
Bloqueador
desconexión, 138
primera mención, 110
segunda personalidad, 128
bloqueo de energía en el cuello para fines diagnósticos, 242
brazo
balanceo causa dolor de bíceps durante la recuperación, 353
balanceo coordinado con la zancada, 185
discinesia en la recuperación, 342
discinesia, agitación, 343
sin balanceo debido al húmero desplazado, 145
sin balanceo, observación diagnóstica, 200
británicos en la India, 221
broma de las peores notas de su promoción, 58
broma: las peores notas de su promoción, 58
búsqueda de la novedad, 215
búsqueda de la novedad, aspecto de la personalidad parkinsoniana, 215
búsqueda espiritual, 116
caída de los párpados, 181
caídas, 199
calambres
discinesia, 339
en el pie, 187
calor, retorno de la circulación en recuperación, 294
cama, darse la vuelta en la cama: síntoma de EP, 185
cama, darse vuelta en la cama, durante la recuperación, 332
cambio cerebral
de adelante hacia atrás, 375
de arriba abajo, 375
de lado a lado, 376
descripción del paciente, 377, 378
durante la recuperación, 375
en un avión, 379
mientras veía la televisión, 379
cambios en la alimentación
falta de recuperación, 148
ningún beneficio duradero, 127
cambios mentales en la recuperación parcial, 105
cambios respiratorios en la pausa, 155
caminar en línea recta, no girar a mitad de la zancada, 126
caminar hacia atrás, 186, 199
caminata hacia atrás, 186, 199
camino de menor resistencia
analogía con el agua, 158
analogía de plomería, 174
campanillas de viento, 297
campo de concentración, 257
campo de concentración nazi, 257
canal
desarrollo en el útero, 350
intervalos de dos horas de aumento del amperaje del canal, 367
teoría de los canales, ley de mediodía-medianoche, 368

teoría ilegal, no se enseña en las facultades, 194
Canal de la vejiga urinaria (UB) en pausa, 160
canal del estómago
derivación hacia el canal de la vesícula biliar mapa, 6
desarrollo en bebés, 349
en el lado opuesto del canal LI, 189
mapa, 5
patrón de flujo en pausa, 157
se redirige a la frente, 168
síntomas de la EP, 181
canal Du
disminución en respuesta al aumento en el canal GB, 169
canal Du
detención en la base del cuello, 159
durante el sueño, 158
en pausa, 159
modo parasimpático, 158
recorrido a través de la cabeza, 49
reducción en el mesencéfalo en los modos de sueño y pausa, 51
canal Du
inhibición para el diagnóstico de la EP, 240
canal Du
recorrido a través de la cabeza, 420
canal DU
estimulación, reentrenamiento mental, 146
canal LI, si fluye en retroceso no circula el Qi por la cara, 190
canal Ren
definición de, 164
en pausa, 163
candidato, no es un buen candidato para la recuperación, 363
cara
discinesia en la recuperación, 341
expresión facial durante la recuperación, 361
características de la personalidad y dopamina cerebral, cita de investigación, 175
caras en las nubes, ejemplo de inhibición de la visualización en modo de pausa, 111
carbidopa, un aditivo dopaminérgico, 45
caricatura de Calvin y Hobbes, 142
caricaturas Calvin y Hobbes, 143
carteles en el corazón durante la visualización, 110
casa de la suegra, lugar donde se encontraba el dedo, 252
caso práctico
n.º 1 lesión en la cabeza, coma, 22
n.º 2 niño con lesión en el pie, 29
n.º 3 caída cuando era bebé, 30
caso práctico de la recuperación de Florence Diekmann, 220
caso práctico de una jueza francesa, 336
caso práctico único, 82
casos prácticos únicos, 108, 109
castigo de Dios, una razón de la ausencia de recuperación, 104
cautela y personalidad parkinsoniana, 216
células dopaminérgicas
muerte de células dopaminérgicas, teoría pasada de moda, 35
su muerte ha sido refutada, 35
células madre, investigación de células fetales, 89
centro de gravedad, marcha oscilante, 199
Centro Osher de investigación bioeléctrica, 179
cerebro
cambios a causa de los medicamentos, 67
daño por los medicamentos antiparkinsonianos, 61
implantes cerebrales profundos, 39
implantes, el efecto placebo, 88
las células no pueden cambiar, concepto del siglo XIX, 25
lesiones por sobremedicación, 65
ciervos paralizado ante los faros, 156
cinco pasos para desactivar la pausa, 11
circulación sanguínea en la pausa, 155
cirugía que causa el bloqueo del canal, 19
cirugía simulada, 81
efecto placebo, 89
cirugías falsas, tratamientos simulados, placebos, 89
cita de los indios Pueblo, 117
clima ecuatorial, 221
cocaína, una droga dopaminérgica, 71
codo doblado, 191
cojera
se oye, pero no se siente, 296
colores, traducción de Se Mai, 14
coma
modo de pausa completo, 223
tres días, por lesión en la cabeza, 22
comer mientras se está en el modo de pausa, un ejemplo de los modos mixtos, 152
comida se derrama sobre la camisa, 293
compañeros de trabajo como fuente inesperada de apoyo, 373
compartimentar lejos de la consciencia normal, 22
componente mental
historia de la medicina occidental, 255
hostilidad hacia la idea, 403
presente en la mayoría de las enfermedades, 255

resistencia a la idea, 254
resistencia del paciente, 254
comunicación con Dios activa el cuerpo estriado, 135
comunicados de prensa basados en modelos animales, 40
concesión de licencias
acupuntura se regula estado por estado, 80
requisitos, 80
conciencia, voz de la conciencia, 117
conmoción cerebral provoca la pausa, 154
consciencia
pérdida de la consciencia cuando el canal ST fluye hacia la frente, 169
ubicación, en el tálamo, 51
conservación de la energía, eventos eléctricos equidistantes, 52
contar monedas
definición, 198
contracorriente, 85
control de los labios, 182
coordinación brazo y pierna, 200
coordinación durante la recuperación, 340
corazón
como receptor/transmisor, 117
pensar con el corazón, cita de los indios Pueblo, 117
visualizado con carteles de advertencia, 111
correos electrónicos de una persona con EP en recuperación, 395
correr alrededor de la mesa del comedor, en recuperación parcial, 87
correr en el bosque, 177
correr, uso de la pausa solo cuando se está corriendo, 284
corriente de arranque que provoca temblor, 53
corte accidental como una forma de desencadenar la pausa, 154
cosquilleo durante la recuperación, 290, 393
Cristo sin cuerpo, 273
Cristo sin forma, 273
cuadro eléctrico, el cerebro no es un cuadro eléctrico, 265
cuatro estaciones, pulsos de las cuatro estaciones, 14
cuatro modos neurológicos
Nei Jing, 2
cuatro rasgos para el diagnóstico de la EP, 197
cuatro razones de la falta de recuperación, 148
cuello
espasmos discinéticos durante la recuperación, 342
rigidez, 183
se vuelve laxo durante la recuperación, 329
tirón hacia un lado, 329
cuerpo de Lewy, 41
cuerpo estriado
mapa cerebral, 49
sistema de recompensa, 49
cueva en el cerebro, un alambre de púas visible, 111
cultura, represión emocional, 221
curación
modo parasimpático, 292
curación de los nervios, investigación, 251
curación espontánea, Cured, libro del Dr. Rediger, 25
curación se produce principalmente en el modo parasimpático, 350
cure a mi marido, 75
Cured , los médicos están entrenados para no aceptar la recuperación, 25
curvatura inversa en el cuello, 199
daño en partes del cuerpo debido a una pausa de larga data, 401
daño fisiológico, 401
dar consejos sobre recetas de medicamentos
estatus legal de los acupuntores, 64
dar consejos sobre recetas de medicamentos, el estatus legal de los acupuntores, 64
darse la vuelta en la cama, 185
Daya Mata
estrépito de mundos en colisión, 278
de costado, girar hacia los costados, 185
debilidad en el tronco, 331
debilidad en la espalda, 333
dedo en la tabla de cortar, 251
dedo índice
atrofia, 190
temblor, 191
dedos de los pies
arrastre, 186
deformes, 186
discinesia en la recuperación, 341
enroscados, 187
dedos de los pies enroscados, 187
definición de distonía, 302
definición de estasis sanguínea, 86
definición de medicina moderna, 35
delirio de ser definido por el cuerpo, 166
demanda, 277
demencia del Parkinson, 70
Departamento de Asuntos de los Veteranos incluye al Agente naranja como factor causante de la EP, no del parkinsonismo inducido por toxinas, 222
depresión durante la recuperación, 395
derechos legales de los acupuntores, 64
desarrollo del canal en bebés, 349
Descartes, René, 255

desgarros musculares, músculo psoas, 312
Despertares
debilidad grave de la espalda, 333
desplazamiento del paladar, 182
diablo como un Bloqueador, 110
diablo en el hombro, 117
diagnóstico
cuatro categorías, introducción, 60
diagnóstico de temblor hereditario en realidad significa, 61
diagnóstico erróneo
hombro dislocado, 59
Parkinson's UK, veinticinco por ciento, 59
prevalencia, 57
treinta por ciento, 58
diez mandamientos, 271
diez mil posibles rutas del Qi de los canales, 154
diez semanas
acumulación o dispersión de medicamentos, 64
lograr un equilibrio con los medicamentos, 66
diez semanas para que el cerebro se adapte a los cambios de dosis de los medicamentos antiparkinsonianos, 65
diferencial de voltaje impulsa el Qi de los canales, 174
dinámica de rebaño y personalidad narcisista, 95
Dios
no deberían hablar con Él, 218
no hablan con él, 217
Dios basado en la palabra estimula el área parietal, 135
Dios que se comunica, 135
dios vengativo, pensamiento, estimulación de la amígdala, 135
discinesia, 339
definición, 339
durante la recuperación, 339
efecto adverso de los medicamentos, 63
en bebés, 349
en comparación con el temblor, 340
repetitiva, durante la recuperación, 340
discinesia en la recuperación, 340
disminución del bombeo de sangre
en pausa, 155
disociación
como se usó en ediciones anteriores, 156
del intestino, ejemplo, 258
en biología médica, 156
en psicología, 156
múltiples significados de la palabra, 156
no recuerdan en qué pie, 78
visualización parece inmóvil, 247
Disociación, 156, 164
disociación autoinducida
definición, ejemplo, 21
primera mención, 17
disociación automática, respuesta saludable, 18
distonía
por oposición a la discinesia, 339
divorcio causó la pausa, 262
doctorado en acupuntura y medicina oriental, 80
dolor
balanceo de brazos, bíceps, 353
cómo hacerle frente con madurez, 306
cómo procesarlo, 305
dolor de espalda durante la recuperación, 355
en áreas que antes se encontraban entumecidas, 289
métodos culturales para hacerle frente, 307
músculos de la cadera desgarrados, 312
prescripción errónea de medicamentos, 312
presentación gradual, 316
reducción si se está en pausa, 155
restaurar la calma, 307
dolor de cadera por músculos desgarrados, 312
dolor de huesos rotos durante la recuperación, 292
dolor de muelas, 183
dolor inguinal, 185
dominio de la norepinefrina
enmascara la pausa, 9
explicación inicial, 7
no disponible en la recuperación parcial, 130
dopamina
adicción, 72
agotamiento, 47
aumento en el área de evaluación del riesgo del cerebro en la EP, 175
cantidad alta en el área cerebral de la evaluación de riesgos en la EP, 10
cantidades más altas en el área de evaluación de riesgos en la EP, 40
causa sueño, hipótesis de los años sesenta, 36
células no están muertas en la EP, 39
hechos erróneos, 36
hechos erróneos de los años sesenta, 36
inhibición de la liberación, 10
inhibición de la liberación, 40
inhibición de la liberación, desactivación durante la recuperación, 28
inhibición de la liberación, primera mención, 40
inhibida durante el sueño, la pausa, 51

inhibida durante el sueño, pero los medicamentos se recetan durante la noche, 70
insuficiencia causa flaccidez en todo el cuerpo, 192
insuficiencia se siente similar a recuperarse de la gripe, 48
liberación inhibida cuando está en pausa, 39
liberación, qué la causa, 372
neurotransmisor de la adicción, 38
neurotransmisor de la conciencia, 37
neurotransmisor del bienestar en el centro del cerebro, 175
no está relacionada con los síntomas de recuperación, 394
reabastecimiento durante la recuperación, 48
se siente rara, 8, 9
teoría sobre los relajantes, años sesenta, 35
verdadera insuficiencia causa síntomas invariables, laxitud, 86
dormir
dormir demasiado durante la recuperación, 365
Dorosin, Dr., 217
dos personalidades, 128
dos rasgos solamente cuando se diagnostica la EP, 197
Dr. David Burns, Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones, 109
Dr. Fred Jones, profesor de investigación médica, 110
Dr. Norman Doidge, 327
dudar de la recuperación, 211
Duryodhana, príncipe malvado en la leyenda, 275
echarle en cara a su madre, 264
efecto placebo
más fuerte si, 88
reducción transitoria de los síntomas, 149
susceptibilidad extrema en la EP, 88
efectos adversos
medicamentos antiparkinsonianos, 62, 63
peores que los síntomas de la EP, 71
efectos adversos de la L-dopa de la investigación del Dr. Oliver Sacks, 63
eficiencia que produce el cambio de células cerebrales, 46
ego en el sentido de estar separado del universo, 166
ejemplo de disociación intestinal, 257
ejercicios de HeartMath que provocan un aumento del modo de pausa, 90
ejercicios de movimiento, 246
El canal UB está, 161
El cerebro se cambia a sí mismo, Dr. Doidge, 327
El lenguaje de los animales, Temple Grandin, 95
el Qi de los canales se detiene cuando alguien está muerto, 7
elemento agua, teoría védica, 117
elemento éter, teoría védica, 117
elemento fuego, teoría védica, 117
elevar los brazos ejerce presión sobre el pecho, 184
emergencia
moverse fácilmente incluso con EP avanzada, 323
moverse normalmente en caso de una emergencia real, 10
si el daño cerebral es causado por medicamentos o toxinas, no se pueden mover en caso de emergencia, 10
En sintonía con lo Divino, traducción = parasimpático, 14
enfado con mis teorías, 76
Enfermedad de Parkinson, James, 1
enfermedad degenerativa, incredulidad, 404
enfermedad del médico, 121
enfermedad del sueño, pruebas iniciales con L-dopa, 38
enfermedad mental perteneciente a la iglesia, 255
enfermedad mental vs. física, 255
enfermeras de la sala de urgencias observan el momento de salida de la pausa, 24
enfoque compasivo frente al diagnóstico, 61
enfoque del tercer ojo estimula el cuerpo estriado, 146
engaños de las instituciones de investigación, 72
enojados con Dios, 279
entereza mediante la pausa, 234
entrega
en contexto espiritual, 114
larga discusión, 227
entumecido/a
somáticamente, aunque no en la piel, 156
entumecidos
en el tejido subdérmico, 189
no en la piel, 189
entumecimiento del metatarso, 189
EP solo tipo II, diagnóstico del canal Du, 206
EP tipo I
primera mención, 17
EP tipo I combinada con tipo II, 20
EP tipo II
combinada con EP tipo I, 20
primera mención, 17
respuesta al qi gong, visualizaciones, afirmaciones, apoyo físico, 20

EP tipo III
primera mención, 17
EP tipo IV
primera mención, 17
epifanía
definición, 113
muy rápida, en mi consultorio, 131
personas con el hábito de hablar con alguien, 141
primera mención, 113
equilibrio giroscópico en bicicleta, 53
Equipo de tratamiento del Parkinson, se disolvió en 2013, 130
erupción con enrojecimiento, 319
erupción durante la recuperación, 393
escalofrío cuando el canal UB regresa al interior del cuerpo, 162
espalda
ausencia de dolor en ancianos durante la recuperación, 362
debilidad grave, 333
dolor durante la recuperación, 355
espasmos, efecto adverso de los medicamentos, 63
espectro del modo parasimpático/simpático, 153
esperanza de vida, 222
Espíritu Santo, mala traducción, 246
estable en el interior, el primer paso para salir de la pausa, 53
estadista o mayordomo británico, 221
estafadores que ofrecen curas para la EP, 278
estancamiento del Qi, definición, 86
estancarse en la amargura, 263
estática en el cerebro, que causa temblor, 52
estoico, 215
estómago de hierro, 152, 183
estrecha es la puerta, referencia espiritual al canal Du, 166
estreñimiento, 152, 184
negación del estreñimiento, un ejemplo, 204
estrías, 185
estudio con doble enmascaramiento, 81
estudio con doble enmascaramiento no aplica a los trastornos de la personalidad, 107
estudio de gemelos idénticos, 42
estudio Elldopa, 59, 202
estudios con enmascaramiento simple, 81
estudios controlados, 81
estudios de cohortes, 81
etapa del infierno, 359
Evolución del Parkinson, New England Journal of Medicine, 71
exhalar mientras se come, 182
explicación más amable posible, 122
exposición de Da Vinci, 369
expresión de máscara facial, 199
expresión facial, 182
expresión facial, pérdida de la expresión facial, 182
exuberancia, efecto adverso de los medicamentos antiparkinsonianos, 64
fácil para todos los demás, la dopamina se siente rara, 8
falso recuerdo de por qué se indujo la pausa, 261
falta de recuperación, cuatro razones principales, 148
fantasma verde
Bloqueador, 110
fantasma, fantasma verde como Bloqueador, 110
Feeling Good, 261
Dr. David Burns, 141
fémur roto, ejemplo de pseudopausa, 173
fémur, roto, un ejemplo de pseudopausa, 173
fenómenos espirituales, objeto de estudio de la neuroteología, 135
fiable, un aspecto de la personalidad parkinsoniana, 216
fibromialgia, 315
figura de autoridad espiritual, si era negativa, 141
final del día = sin síntomas, 107
física moderna, los pensamientos causan cambios materiales, 96
física védica, ondas de consciencia, 117
flujo del canal del estómago
modo parasimpático, 157
flujo fuera del cuerpo
en el cuello si el canal UB está bloqueado, 160
en la muñeca si el canal LI fluye en retroceso, 190
fontanela, gammagrafías cerebrales mientras se les lee, 136
formación académica de la autora, 93
formación de médicos en Europa, 80
fraude de las empresas farmacéuticas, 72
Freud
análisis freudiano, 109
psicoterapia freudiana, 263
fuente, bautismal, caída durante el bautismo, 30
fuera del cuerpo
canal LI en retroceso en la muñeca, 190
debido al bloqueo del canal UB, 161
disociación, 156
paso diagnóstico n.º 2, 244
fuerza consciente como síntomas de recuperación, 328

gallinas picotean el suelo, 215
gammagrafía cerebral
durante la hipnosis, 94
leer a los niños, 136
respuestas luego de pensar en Dios, 135
gammagrafía SPECT funcional para el diagnóstico, 201
gammagrafía SPECT para el diagnóstico, 201
gammagrafías cerebrales de monjes budistas mientras meditan, 166
gammagrafías cerebrales de monjes mientras meditan, 166
gato y ratón, 167
gemelo dominante, 43
gemelo subordinado, 43
gemelos, idénticos, investigación sobre el Parkinson, 42
general Douglas McArthur, 276
genética
investigación que busca una causa genética, 41
vínculo con el Parkinson, 42
George Wallace, gobernador, 276
giro cerebral, 121, 205
giro dentro de la cabeza, 205
giro, giro cerebral cuando el Qi fluye hacia la frente, 169
Gita, 274
gracias, un aspecto del reentrenamiento mental, 146
Gran planificadora, 127
Grandin, Temple, investigación en animales, investigación del hemisferio izquierdo del cerebro, 95
gratitud, una parte del reentrenamiento mental, 146
grito silencioso durante el cambio cerebral, 377
grupo de apoyo
pedir ayuda está bien, 144
grupo de apoyo para el Parkinson, mi primera visita, 78
grupo de apoyo:, 144
guerrero interior, 275
gusto, pérdida del gusto, 182
hábitos mentales de pausa a largo plazo, 225
hablar con compañeros de trabajo, 224
hablar con Dios
no deberían hacerlo, 218
sentía que no debían hacerlo, 136
hemisferio izquierdo del cerebro, muchos pacientes con EP, 95
heridas de guerra, cambios fisiológicos a raíz de la pausa crónica, 282
Hermano Lorenzo, Máximas espirituales, 116
hijos de personas con EP, 360
hipnosis
investigación relacionada con la EP, 93
no es útil, 111
hipnoterapia, 259
hipocondría, síntoma de recuperación, 315
hipotensión ortostática, 199
histeria
desde la aparición de la sensación, 311
en respuesta al diagnóstico, 311
hombre o mujer común, 270
hongos
durante la recuperación, 319
durante la recuperación, 321
en las uñas de los pies, 188
olor, 188
hongos en las uñas de los pies, 188, 321
hormigueo en la piel durante la recuperación, 290
How God Changes Your Brain, 135
hueso parietal, en el ejemplo de EP tipo IV, 23
huesos temporales atascados en la EP tipo IV, caso práctico, 23
huir de la muerte, traducción = modo simpático, 14
húmero desplazado, diagnóstico erróneo de EP, 145
idiopática
definición, 61
definición, 13
ilegal, estatus de la teoría de los canales en China, 14
imaginación mental de movimientos, 327
imaginar el movimiento
áreas cerebrales que se encontraron inhibidas en la investigación de la EP, 94
está bloqueado en la EP, 94
implante
cerebral profundo, 39
cirugías, 89
implantes cerebrales profundos, 39
implantes de células fetales, 89
India, la tasa más baja de EP, 221
inestabilidad postural, uno de los cuatro rasgos, 197
infarto, sensaciones de discinesia en el pecho durante la recuperación, 344
influencia del ADN en el Qi de los canales, 175
influencia del clima frío, 221
inhibición de la liberación de dopamina durante la pausa, 3
injusticia de Dios, una razón para permanecer en pausa, 230
inmadurez
emociones durante la recuperación, 310
hacerle frente al dolor, 309

inmóvil
disociación, 248
inmóvil, visualización, 247
inodoro, levantarse del inodoro, 331
instrucciones del fabricante para los medicamentos antiparkinsonianos, 64
inteligencia, parte de la personalidad parkinsoniana, 216
investigación
con aplicaciones para el Parkinson, 93
información básica, 79
investigación bioeléctrica del Centro Osher, 7
investigación con grupos grandes, estudios de cohortes, 81
investigación con placebo
Erik Vance, 88
Suggestible You, 88
investigación con ratones
pérdida de norepinefrina = déficits motores, 8
investigación de la EP en animales, 40
investigación neurológica en ratones muestra que los cerebros de ratones usan neurotransmisores de manera diferente que los cerebros humanos, 41
investigación sesgada, 72
investigación sobre la reducción de medicamentos, 69
ira, cambio en los canales en el cerebro, 54
irregularidades vasculares, 187
Janet Reno, 276
joie de vivre, sentimiento del corazón, 246
juanetes, 187
jugar a perseguir a su esposa, 99
ejemplo de recuperación parcial, 87
Jung, Carl, cita de los indios Pueblo, 117
juzgar en lugar de sentir, 142
kai xin, sentimiento del corazón, 246
Keats, John, poeta, 307
KI-1, 157
Kipling, Rudyard, su poema, 373
Krishna, en el Gita, 274
La mayoría de la gente no quiere recuperarse, 124
La Palabra, referencia bíblica, 117
La Palabra, una referencia a las Escrituras, 117
labios, durante la recuperación, 293
laboriosidad, parte de la personalidad parkinsoniana, 215
lados de la actividad cerebral relacionados con los pensamientos negativos, 54
lados del cerebro
en los modos de pausa y simpático, 159
lago
metáfora espiritual del lago de montaña congelado, 275
nadar en un lago frío, ejemplo de cómo desactivar el temblor, 11
laxantes no son eficaces, 184
laxitud
durante la recuperación, 393
leer a los niños, gammagrafías cerebrales, 136
legislación sobre el campo profesional, 64
lenguaje confuso, ejemplo de una traducción del chino, 14
lesión de hombro diagnosticada erróneamente como EP, 145
lesión en el pie
caja de municiones, 233
efecto a largo plazo, investigación, 32
lesión en el pie por una caja de municiones, 233
lesión en el pie:, 102
lesiones mortales, 51
lesiones simétricas, 204
Levin, Dr. Michael
investigación bioeléctrica, 179
investigador de bioelectricidad no neuronal, 7
Levine, Peter, Waking the Tiger, 74
liberación de endorfinas, 161
en pausa, 155
nervios de la columna vertebral, 51
libro de ficción
Stong Medicine, 92
lista de síntomas, hacer una lista, 210
llamado a la replicación, un tipo de artículo científico, 79
llanto
aprender a llorar en la escuela secundaria, 382
durante la recuperación, 381
respuesta normal es romper en llanto, 270
localización de los núcleos basales, 51
loco si se habla mentalmente con alguien invisible, 142
LSAP, 178
lugar interior gris, 234
madre superiora
prohibición de la reducción de medicamentos, 65
madre, no sabía sobre la lesión en el pie, 30
Maestro Eckhart, 279
Mahabharata
ejemplo de la enfermedad de Parkinson, 274
imperturbable, estrépito de mundos en colisión, 278
malditos medicamentos, una cita de su esposa, 68

maltrato infantil, una razón para permanecer en pausa, 230
maltrato por parte del padre, caso práctico, 312
manchas en los tobillos, 187
mapa
  canal del estómago en pausa y modo parasimpático, 157
  de los síntomas de la EP en el canal del estómago, 181
  del cerebro, 49
mapa mental de los canales, 192
mapas de los canales principales muestran el modo parasimpático, 154
máquinas de energía no conducen a la recuperación, 148
marcha oscilante, 199
marcha, oscilante, 199
mareo, 199
Marie Simon-Pierre, monja francesa, recuperación, 220
Mark Twain con respecto a las nuevas teorías, 91
Mary MacKillop, santa, epifanía de recuperación, 220
mascota
  como amigo invisible, 115
  hablar con una mascota, 137
matarte
  cita de la editora, 37
  cita del asesor del proyecto de recuperación, 92
Mateo 7-14, ojo bueno, 166
Máximas espirituales, hermano Lorenzo, 116
McArthur, Douglas, general, 276
meconio, 350
medias, sentir los dedos de los pies dentro de las medias, 189
medicamentos
  antimicóticos, 321
  ayudan a los ratones, pero no a las personas, 41
  más potentes si no se padece EP idiopática, 67
Medicamentos para el Parkinson, 65
medicamentos, los medicamentos para la EP son inadecuados para tratar algunos dolores, 312
Medications of Parkinson's, descarga gratuita, 70
médico no presta atención; no se toman medicamentos, 299
médicos solo se fijan en los síntomas motores, 404
meditación
  reentrenamiento mental, 147
  solo un trabajo, sin alegría, 84
meditación de enfoque en un solo punto, 165
meditadores en números desproporcionadamente altos, 84
mejora de la circulación, un síntoma de recuperación, 289
menonitas, alta tasa per cápita de EP, 42
mensajes de odio, 71
mentalidad de rebaño, personalidad narcisista, 95
merecer recuperarse, 103
meridianos es una mala traducción de, 15
Merzenich, Dr. Michael (cita), 399
meseta, llegar a una meseta, durante la recuperación, 390
metáfora de las escrituras sobre estar congelado en un lago, 275
metanfetamina, 208
  droga dopaminérgica, 71
  Hitler, consumo, 276
método científico, 81
  teoría del método científico, 91
micción
  cambios durante la recuperación, 357
  causa un escalofrío, 163
Michael J. Fox, 276
microbioma, relación con el Parkinson, 171
microbios intestinales, en relación con el Parkinson, 170
micrografía, 191
miedo
  a no poder conducir un automóvil deportivo, 299
  a que la recuperación lleve demasiado tiempo, 371
  a que le toquen los pies, 310
  a que les tocaran los pies, 310
  respuesta cerebral, 54
Ming Qing Zhu
  neurólogo chino, 15
Mo Udall, 276
modelo de investigación, psicología, 82
modo de pausa
  ¿es lo mismo que el placer de la meditación?, 164
  a raíz de un evento de una vida pasada, 262
  canal del estómago cambia, mapa del canal del estómago, 5
  cinco pasos para desactivarlo, 10
  combinado con otros modos, 223
  explicación en profundidad, 151
  inducirlo para el diagnóstico, 239
  nombre chino
    aferrarse a la vida, 2
  síntomas de, 3

ventajas culturales, 222
visualización aparece agitada, 248
modo de pausa a todo o nada, 151
modo de pausa desencadenado por la cultura, 221
modo parasimpático
chino = en contacto con lo Divino, 14
cuando se produce la curación, 292
recorrido del canal LI, 189
recorridos de los canales principales, 154
modo simpático
terapias para reducir; resultados inesperados, 84
traducción del chino = nos permite huir de la muerte, 14
modos mixtos son algo normal, 152
molar sin raíz, 183
monja francesa, caso práctico de recuperación, 220
monja, francesa, recuperación gracias a una epifanía, 220
monólogo, típico de la EP, 142
motor de arranque, retorno preliminar de la energía al sacro, 171
movimiento automático
lo contrario del movimiento de emergencia, 323
volver a aprender a usarlo, 31
movimiento de la cabeza
reinicia el nervio vago, 172
si el cuerpo no quiere, 55
movimiento de los dientes, síntoma de recuperación, 346
movimiento rápido, efecto de la discinesia en la recuperación, 346
Movimiento, ondas de Movimiento
ondas de gravedad, 117
mudras manuales, discinesia en la recuperación, 344
muecas
discinesia, 339
muerte por síndrome neuroléptico maligno causado por la abstinencia de medicamentos, 65
muerto
células del cuerpo estriado en el parkinsonismo inducido por medicamentos y toxinas, 46
ratón, 167
muerto en vida, una descripción anticuada del Parkinson avanzado, 373
muletas, uso, 306
músculos
laxos durante la recuperación, 323
músculos flácidos, 325
músicos
cantidad desproporcionada de pacientes con EP, 78
conmoción, 78
solo tipo II, algunos de ellos, 97
nativos estadounidenses, búsqueda espiritual, 116
Nature of Traumatic Memories, investigación de Ruth Lanius, 95
náuseas, crónicas, bajo nivel, 183
negación de la mejoría en la recuperación parcial, 101
negativa a entregarme me ha convertido en, 235
nervio pinzado, nuevo diagnóstico del médico, 57
nervio vago, 161
reactivación, 11
nervios de la columna vertebral
aumento en el modo simpático, 160
reactivación, 11
nervios de la vejiga receptores de estiramiento, aumento de la sensibilidad durante la recuperación, 357
neumático, pie aplastado cuando era niño, 29
neumonía por aspiración, 70, 183
neurocientífico, Dr. Newberg, Andrew, 135
neurogénesis
abundante en el hipocampo, 25
abundante en hipocampo, cita, 25
definición, 25
neurólogo
cambio del diagnóstico a AMS o PSP, 24
deseo de reconocimiento del paciente, 299
no logró reducir los medicamentos antiparkinsonianos, 65
nuevo diagnóstico de parkinsonismo psicógeno, 24
Neurology, cita sobre la personalidad parkinsoniana, 215
neuroplasticidad, definición, 265
neuroplasticidad:, 399
neuroteología
definición, 135
Dios basado en la palabra, 135
neurotransmisor, definición, 45
New England Journal of Medicine, comentario sobre el estudio de la levodopa, 71
Newberg, Andrew, Dr., neuroteólogo, 135
nicotina, drogas dopaminérgicas, 71
niño llorando, un ejemplo de disociación automática, 18
nivel de energía, la cantidad de Qi de los canales es menor, 152
nivel más bajo de logro espiritual, 271
no causes problemas, 96

no es la muerte de nadie, 126
no están muertas, investigación de células dopaminérgicas, 38
no había tenido conocimiento de sí mismo durante los años que tomó los medicamentos, 68
no impulsivo, aspecto de la personalidad parkinsoniana, 215
no merecen recuperarse
  cuatro razones de la falta de recuperación, 149
no merezco recuperarme, 103
no quiero recuperarme
  oí una voz, 124
no tuve más remedio, tuve que ponerme en pausa, 264
norepinefrina
  alerta, precaución, inquietud, ansiedad, 8
  desactiva los mareos causados por la pausa, 169
  funciones en el cuerpo y el cerebro, 8
  inhibición causa pobreza de movimiento, 8
nube
  contemplación, 216
  visualización lúdica, 155
nueve años, comportamiento, 310
número desproporcionado de profesionales religiosos, 84
ojo bueno, cita bíblica, 166
ojos
  cambios en la visión, discinesia en la recuperación, 346
  movimientos de los ojos saltones, 100
ojos en los dedos, cita acerca de la propiocepción de los dedos, 298
ojos vidriosos en la recuperación parcial, 99
olfato
  para el diagnóstico de la EP, 188
  pérdida del olfato, 182
  pérdida del sentido del olfato
    a raíz de la ausencia de canal LI, 192
olfato, el sentido del olfato se reduce en pausa, 155
Oliver Sacks
  Awakenings (Despertares), 37
  investigación de la L-dopa, 333
omóplato
  dolor, 184
  dolor en el medio, 184
  miedo a los espasmos de recuperación, 285
ondas de luz que se condensan en ondas electromagnéticas, 117
ondas de origen, 162
ondas de pensamiento
  influencia en el Qi de los canales, 175
  relación con el microbioma, 170
ondas de ultrasonido, un tratamiento para el temblor hereditario, 171
opiáceos, drogas dopaminérgicas, 71
oscuridad, visualización, 248
ozonoterapia, ningún beneficio duradero, 148
paciente con EP inducida por medicamentos en una residencia de ancianos, 68
Papa Juan Pablo II, 272
Papa Juan Pablo II, una inspiración para la recuperación, 220
papa vs Descartes, 255
paranoia
  efecto adverso de los medicamentos antiparkinsonianos, 64
  segunda personalidad, 127
Parkinson acinético, definición, 198
Parkinson's UK, investigación de diagnósticos erróneos, 59
parkinsonismo
  daño cerebral inducido por toxinas, 61
  inducido por medicamentos, daño cerebral, 61
  primera mención, 13
  término diagnóstico que significa, 61
parkinsonismo atípico, 335
parkinsonismo de la familia Contoursi, 42
parkinsonismo inducido por medicamentos
  base para la teoría de las células dopaminérgicas muertas, 35
  definición, 13
  más EP idiopática, 62
  vivir en una residencia de ancianos, 68
parkinsonismo inducido por medicamentos, primera mención, 13
parkinsonismo provocado por medicamentos
  diagnósticos para descartarlo, 207
parkinsonismo psicógeno, 209
  definición, 24
  la mayoría de todos los casos de EP son psicógenos, 24
parkinsonismo tardío (de aparición diferida), 207
Parkinson's Report, las células todavía están vivas en la EP, 46
parosmia, 298
parpadeo, 181
Patanjali, 270
pausa autoinducida
  causa de la EP tipo I, descripción, 17
  primera mención, 12
pausa biológica, primera mención, 17
paz significa inmóvil, suposición equivocada, 246
pecho

discinesia en la recuperación y golpes, 344
opresión o distensión por la discinesia en la recuperación, 344
peligros de los medicamentos, investigación del Dr. Oliver Sacks, 63
pensamiento ilógico en la recuperación parcial, 100
pensamientos negativos, comportamiento eléctrico del cerebro, 54
percepción del sonido en pausa, 155
perder el trabajo debido a la EP, 76
pérdida de sangre provoca la pausa, 154
perdió su fe (cita), 200
perezoso, sentirse, 366
pericardio
como receptor/transmisor, 117
consuelo de los padres, 306
peristaltismo, 185
personalidad alfa y personalidad narcisista, 95
personalidad parkinsoniana
Actas de la Academia Nacional de Ciencias, 10, 175
capítulo sobre la personalidad parkinsoniana, 215
desde 1930, 83
primera mención, 42
Valtteri Kaasinen, Dr., 10, 175
personalidad parkinsoniana, conducir hasta el consultorio el día anterior, 216
picadura de abeja
respuesta anafiláctica, 249
sensación durante la recuperación, 291
pie
huesos, desplazados, 187
pie caído, 186
uno más corto que el otro, 125
pie más pequeño de un lado, 187
pierna
debilidad durante la recuperación, 330
renacuajo, extirpado, 179
se siente más pesada durante la recuperación, 296
sensación de endurecimiento, 185
vello, 185
piernas duras, 185
pies
calambres, 187
deformes, 186
entumecidos, 189
fríos, 187
golpes discinéticos en los pies en la recuperación, 343
hongos, 188
irregularidades vasculares, 187
juanetes, 187
más pequeños de un lado, 187
miedo a que les tocaran los pies, 310
miedo a que se los toquen, 310
olor causado por hongos, 188
olor, diagnóstico, 188
pegados al suelo, 186
pegados al suelo durante la recuperación, 331
pérdida de la propiocepción, 189
pie caído, 186
separar el 2.º y el 3.º dedo del pie, 188
pies fríos, 290
pilotos de la Segunda Guerra Mundial tomaban metanfetamina, 208
pilotos que tomaban metanfetamina, 208
pioneros, 281
piscina, flotar, sensación del modo parasimpático, 347
plan Divino, la entrega del autor, 123
pobreza de movimiento, uno de los cuatro rasgos, 197
política china, la teoría de los canales es ilegal, 14
político o mayordomo italiano, 221
pollo con la cabeza cortada, 51
posición fetal en modo de pausa, 155
postura del cadáver, 245
postura encorvada, 183
potenciales de acción en las neuronas, 7
practicar la presencia de Dios, 116
precuña, un área del cerebro que controla la cautela, 94
presidente Mao, 276
presión arterial baja, 183, 199
Primeras Naciones, búsqueda espiritual, 116
Príncipe de Paz, 246
problemas de carácter, juzgarse a ellos mismos y a los demás, personalidad parkinsoniana, 216
problemas de equilibrio, 199
procesamiento del dolor, 307
profesionales religiosos que no debían hablar con Dios, 136
profesionales religiosos, un número desproporcionado, 217
programas de análisis de medicamentos, 72
programas de análisis de medicamentos engañan a los pacientes, 72
propiocepción
definición, 189
falta de propiocepción en los dedos, 191
falta de propiocepción en los pies, 189
prueba diagnóstica
n.º 1, 239
n.º 2, 244

prueba diagnóstica de IRM, 201
prueba diagnóstica PET, 201
pseudopausa
primera mención, 18
psicología, modelos de investigación, 82
psicosis
medicamentos antiparkinsonianos, 63, 70
psicoterapeuta en recuperación parcial, 104
psicoterapia, 263
PSP, nuevo diagnóstico de parálisis supranuclear progresiva, 24
punción, excesiva, que causa la pausa, 155
puntualidad, 384
puntualidad, aspecto de la personalidad parkinsoniana, 216
Qi confuso, 164
Qi de los canales aberrante, suposición incorrecta, 85
Qi de los canales rebelde
primera mención, 84
Qi de los canales retrógrado, 85
qi gong
curación de la EP tipo II, 19
Qi Gong
¿sirve?, 111
maestros de Qi Gong que contraen EP, 112
para el diagnóstico, 245
solo un trabajo, sin alegría, 84
Qi Gong médico, 138
Qi Gong médico, primera mención, 111
Qi, definición de Qi de los canales, 1
Quebec, 222
quedan mal debido a la burla a raíz de la teoría de los canales, 162
quinto chakra, 275
rastrillos en la piel durante la recuperación, 292
ratas son nocturnas, investigación de la dopamina, 37
ratón, muerto, 167
ratones
investigación neurológica, ratones muy diferentes de los humanos, 41
Reading, Inglaterra, persona sin EP no resonaba con las personas con EP, 145
reasociación con la lesión en el pie que causó la recuperación parcial, 129
recaída en la pausa, 29
recuperación
fase más difícil, 328
inmadurez emocional, 310
linealidad de la recuperación, 286
ritmo de recuperación, 285
recuperación gradual, 29
recuperación parcial
amnesia, 99
cambios mentales, 105
capítulo sobre la recuperación parcial, 99
cita con el dentista, 87
ilógico, 100
negación de mejorías pasadas, 101
norepinefrina no disponible, 129
ojos vidriosos, 99
primera mención, 21, 86
psicoterapeuta, 104
se, 102
síntomas latentes, 103
recuperación parcial:, 103
recuperaciones espontáneas, algunos ejemplos, 220
Rediger, Jeffery, Dr., autor de Cured, 25
reducción del diez por ciento de los medicamentos no causó muertes, 69
referencias de la lista de síntomas, 181
reflejo de deglución, 152
reflejo de deglución, deficiente, 182
reflexivo
personalidad parkinsoniana, 216
reflexivo, aspecto de la personalidad parkinsoniana, 215
registros y diarios de los síntomas de los medicamentos de los pacientes, 63
regulación de la temperatura durante la recuperación, 289
reírse
con un amigo invisible, 137
de uno mismo después de la recuperación, 126
relación parasocial, 116
renacuajo, simetría bioeléctrica después de la extirpación de la pierna, 179
renunciar al trabajo, 372
represión del dolor, 256
represión emocional desde lo cultural, 221
requisitos de educación para acupuntores, 64
resistencia a la idea del componente mental, 254
resistencia francesa, 257
resonar con Dios, 135
respuesta anafiláctica, 249
respuesta de pausa modificada, 154
Ricky Peterson, oró con una santa, 220
rigidez
para el diagnóstico, 198
uno de los cuatro rasgos, 197
rigidez moral, 215
rigidez por falta de ejercicio, no por EP, 315
rígido emocionalmente, aspecto de la personalidad parkinsoniana, 215
rodilla, elevación espontánea de la pierna, 286
ronquidos, 181

rueda dentada
muñeca, 191
tobillo, 186
sabor metálico en la boca, 205
sacarle provecho a la recuperación, 277
Sacks, Oliver
Despertares, 37
sacro es una fuente real de temblor, 52
sacudida
cuando el canal UB regresa al interior del cuerpo, 162
sacudida espinal reinicia los nervios de la columna vertebral, 172
sacudida espinal
reinicia los nervios de la columna vertebral, 172
sala de meditación, 123
salir adelante por cuenta propia en una nueva investigación, 91
San Damián, 272
San Francisco de Asís, 278
Santa Clara de Asís, 272
Santa Teresa de Ávila, 273
Se Mai, canales de energía luminosa, 195
Se Mai, vías energía o luz en chino, 14
se olvidan de que tienen Parkinson en la recuperación parcial, 102
seborrea, 182
secuestro alienígena, 206
segunda opinión, 213
seguro que su esposa lo está cuidando bien, 336
seis neurólogos, 202
confirmaron el diagnóstico, 57
diagnóstico para el estudio Elldopa, 59
semivida de los medicamentos en la sangre, 66
sendero de ocho pasos, 271
sensación de frío en las mejillas, 182
sensación en el costado del pie en el SP-3 durante la recuperación, 291
sentimentalismo durante la recuperación, 394
sentimiento del corazón, 243
kai xin, 246
shanti, 246
spiritus sanctus, 246
sentimientos de vergüenza después de la recuperación, 389
sentir
presencia del amigo invisible, 138
presencia del amigo invisible, 118
Sentirse bien, Dr. David Burns, 109
señal eléctrica comunicativa durante la pausa, 51
separación somática de todo, 220
shanti, sentimientos del corazón, 246
silla de ruedas necesaria después de la talamotomía, 171
simetría
de los síntomas de la EP debido a la resonancia eléctrica, 178
en los comportamientos de los canales, 52
sin recuperación, cuatro razones principales, 148
síndrome de las piernas inquietas, 185
síndrome de Raynaud, 290
síntoma de recuperación
agotamiento, 359
ataque de pánico, 385, 394
aumento de la micción, 357
aumento de la sensibilidad de la vejiga, 357
cambios cerebrales, 375
cambios emocionales, 360
cambios en la expresión facial, 361
cambios en los hábitos de sueño, 365
cosquilleo, hormigas, 393
depresión, 395
discinesia en el brazo, 343
discinesia en los dedos de los pies, 341
discinesia en los músculos faciales, 341
dolor de espalda, molestias, 355
dolor en el brazo, inflamación, 353
erupción con enrojecimiento, hongo, 393
etapa del infierno, 359
falta de puntualidad, 384
golpes en los pies, 343
hongos en pies y piernas, 319
inestabilidad vocal, 344
inmovilidad durante intervalos de dos horas, 367
introducción, 281
laxitud, 393
llanto, 381
llanto, dolor físico por el llanto, 382
llegar a una meseta, 390
mejora de la circulación sanguínea, 393
miedo a la crítica desaparece, 391
miedo a los síntomas de recuperación, 350
movimiento de los dientes, 346
movimiento demasiado rápido, episodios, 346
mudras manuales, discinesia, 344
músculos del pecho, causan miedo de infarto, 344
necesidad de dormir más tiempo, 366
negación de la recuperación parcial, 101
opresión en el pecho, hiperdistensión, 344
pérdida de la identidad propia, 390
períodos de cantidades insuficientes de dopamina, 370
sentirse sentimental, 394

sueño, 393
torpeza lingual, 345
visión, cambios en los ojos, 346
síntomas
disminución mientras se realiza una actividad considerada, 232
todos en un solo lugar, 196
síntomas de la EP
ahogamiento, 183
apnea del sueño, 181
arrastre de los dedos de los pies, 186
caída del paladar, 182
calambres en los pies, 187
darse la vuelta en la cama, 185
dedos de los pies enroscados debajo, 187
dificultad para girar hacia un lado al caminar, 185
dolor de muelas, 183
dolor en el área del omóplato, 184
dolor inguinal, 185
entumecimiento facial, 293
espasmo muscular de la garganta, 183
expresión facial minimizada, 182
falta de apetito, 183
falta de propiocepción en los dedos de los pies, 189, 191
girar el cuello de un lado a otro, 183
hipotensión ortostática, 183
hongos en las uñas de los pies, 188
hormigueo en la parte interna del tobillo, 187
neumonía por aspiración, 183
parpadeo, párpado inferior, 181
pérdida de la sonrisa, 182
pérdida del gusto, olfato, 182
pérdida del reflejo de deglución, 182
piel seborreica, 182
pies o dedos de los pies grises o morados, 187
pies o dedos deformes, 186
postura encorvada, 183
presión arterial baja, 183
presión en el pecho cuando se levantan los brazos, 184
ronquidos, 181
rueda dentada (rotación con contracciones espasmódicas) en los tobillos, 186
sensaciones extrañas bajo la piel, 185
sinusitis, 181
tos, 183
voz apagada, 183
síntomas de recuperación
asimetría, 294
cambios circulatorios, 289
debilidad en el tronco, 331
debilidad en la espalda, 333
debilidad en las piernas, 330
debilidad extrema en las piernas, 328
discinesia, 339
discinesia con, 344
discinesia en los brazos, 342
dolor, 305
dolor de múltiples lesiones, 302
erupción con enrojecimiento, 319
fibromialgia, 315
fuerza consciente, 328
hinchazón en los tobillos, 329
hipocondría, 315
histeria, 311
laxitud, 324
laxitud en el cuello, 329
laxitud no es atrofia, 325
llanto, 311
mareos fugaces, 379
mayor percepción de la rigidez, 296
negación de que la cara había estado alguna vez, 295
secuencia, 297
sensación de hormigueo, 291
síntomas intermitentes, 107, 207
síntomas latentes
recuperación parcial, 103
síntomas pre-Parkinson, introducción, 26
sinusitis, 181
sitio web de meditación, URL de referencia, 147
sofá, levantarse después de la recuperación, 9
software
analogía con el Qi, 193
del cuerpo, Qi de los canales, 7
sonambulismo, un efecto adverso de los medicamentos, 70
sonrisa, pérdida de la sonrisa, 182
ST-42, 187
desplazamiento óseo, 20
ST-6, 170, 173
ST-8, 170, 173
Strong Medicine, Richard MacAndrew, 92
subir las escaleras de dos en dos escalones, 203
sueño
durante la recuperación, 393
Suggestible You, un libro sobre investigaciones con placebo, 88
superoledoras, 188
surco en el músculo facial, 182
surcos en la frente, 181
sustancia negra
definición, ubicación, 45
reducida en la EP, 45
restauración, 48
tabla de cortar, dedo cortado, 251

Tai Chi (Qi), diagnóstico, 245
tálamo
definición, ubicación, 49
inhibido durante el sueño, la pausa, 51
mapa cerebral, 49
ubicación de la conciencia, 51
talamotomía, la experiencia de un paciente, 171
talla
experiencia de la autora durante la recuperación, 187
pies de diferentes tamaños, 187
TCC: terapia cognitivo-conductual, 260
técnica de liberación emocional, 260
tejido cicatricial
influencia en el Qi de los canales, 175
no conductivo, 170
teleología, inversión de causa y efecto, 41
temblor
comienza en el sacro, 50
culpa cuando el temblor se detiene, 388
durante el sueño, 84
en la recuperación, sentirse culpable cuando el temblor se detiene, 388
es una pregunta para el cerebro, 54
inicio durante la pausa, 53
normal, durante la pausa, 52
para el diagnóstico, 198
por causas distintas a la EP, 202
temblor en reposo, 198
ubicaciones del temblor, 203
uno de los cuatro rasgos, 197
temperamento lento, aspecto de la personalidad parkinsoniana, 215
Temple Grandin, investigación del hemisferio izquierdo del cerebro, 94
tensión del seno carotídeo que causa presión arterial baja, 183
TEPT
diferente de la pausa, 10
diferente de la pausa, 73
terapeutas no suelen ser útiles, 73
terapia cognitivo-conductual
descripción, 260
observar, evaluar tus propios pensamientos, 141
primera mención, 108
terapia craneosacral
un tipo de Yin Tui Na, 23
terapia EFT, 260
The Telegraph, informe de investigación sobre diagnósticos erróneos, 59
tics, discinesia, 339
tipo común y corriente con EP tipo II, caso práctico, 233
titularidad, pérdida de la titularidad, 24
tobillo
esguince provoca discapacidades tardías, problemas de salud, 32
hinchazón durante la recuperación, 329
hormigueo, 187
pigmentación, 289
zumbidos, 187
tocar fondo, 73
todo el mundo toma medicamentos (cita), 71
torpeza lingual, discinesia en la recuperación, 345
Tracking the Dragon, instrucciones gratis para descargar, 2
Traducción al chino de, 13
trastorno de identidad disociativo también conocido como trastorno de personalidad múltiple, 107
trastorno de personalidad múltiple, 107
tratamiento simulado, 81
tres años, comportamiento, 309
tres de cuatro rasgos para el diagnóstico de la EP, 197
tres mujeres me dejaron, no siento dolor emocional, 235
tres semanas, los medicamentos antiparkinsonianos causan daño en tres semanas, 63
tropiezo jugando al tenis mientras se está en recuperación parcial, 103
un año o más para la retirada de medicamentos, la, 69
un error y tu trabajo quedará arruinado, 195
uña del pie, arrancarse la uña, 121
uñas como campanillas de viento, 297
uso excesivo de las cejas, 181
útero, problemas para expandirse, 185
vacío, tradición budista, 246
várices, 187
vejiga
cambios en la micción durante la recuperación, 357
cistitis, 359
vello en las piernas, 185
velocidad de recuperación, 27
venas del pie, 186
vesículas en el cerebro almacenan dopamina, 47
vida pasada causa la pausa, 262
visión, se agudiza cuando se está en pausa, 155
visualización agitada o inmóvil, 247
visualización de la oscuridad en el interior, 248
visualización, incapacidad en la EP, 94
voz
apagada, débil, 183
débil cuando se está en pausa, 155

discinesia en la recuperación, 344
Waking the Tiger, 74
Wang, Ju-Yi, Dr., profesor de la teoría de los canales, 194
Yin Tang
conversión del canal LI al canal ST, 189
reentrenamiento mental, 146
Yin Tui Na
en los primeros seis pacientes, 77
genera una recuperación parcial, 97
lesiones antiguas, olvidadas, indoloras, 77
no se estudia en la facultad, 77
primera mención, 23
Yin Tui Na:, 77
Yoda en el papel de amigo invisible, 137
yoga
¿sirve?, 111
postura del cadáver, 245
profesores de yoga que contraen EP, 112
usar la experiencia en yoga para el diagnóstico, 245
Yoga
Sutras de Patanjali, 270
Yuan Qi, 162
Zhu, Ming Qing, neurólogo chino, 15

Sobre la autora

La Dra. Janice Hadlock, DAOM (Doctora en Acupuntura y Medicina Oriental), LAC (Licenciada en Acupuntura), es la fundadora del Proyecto de recuperación del Parkinson, una organización sin fines de lucro (ONG). Dirige la parte investigativa de ese proyecto desde 1998.
Es profesora de la facultad de acupuntura Five Branches, en Santa Cruz, desde 1997. Enseña teoría de los canales y psicología/psicoterapia.
Sus descubrimientos sobre la enfermedad de Parkinson y el asma se han publicado en revistas especializadas de primer nivel con revisión externa, como el *Journal of Chinese Medicine*, *The American Journal of Acupuncture* y el *New England Journal of Medicine*.
Vive en Santa Cruz, California.