



EL CEREBRO CONVULSO

SUZANNE
O'SULLIVAN

De la autora
de *Todo está
en tu cabeza*

*Relatos
detectivescos
de una
neuróloga*

Ariel

Suzanne O'Sullivan

El cerebro convulso

Relatos detectivescos de una neuróloga

Traducción de Beatriz Ruiz

Ariel

Título original: *Brainstorm*

Primera edición: febrero de 2019

Publicado originalmente por Chatto & Windus, un sello de Vintage,
Penguin Random House

© 2018, Suzanne O'Sullivan

© 2019, Beatriz Ruiz Jara, por la traducción

Derechos exclusivos de edición en español
reservados para todo el mundo
y propiedad de la traducción:

© 2019, Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

Editorial Ariel es un sello editorial de Planeta, S. A.

www.ariel.es

ISBN 978-84-344-2967-3

Depósito legal: B-677-2019

Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro
es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos)

si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com

o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Índice

<i>Introducción</i>	15
1. Wahid	35
2. Amy	61
3. Donal	75
4. Maya	99
5. Sharon	135
6. August	161
7. Ray	185
8. Lenny	213
9. Adrienne	237
10. Mike	259
11. Eleanor	283
12. Marion	311
<i>Agradecimientos</i>	323
<i>Índice alfabético</i>	325

Wahid

Me dispongo a hablar de la enfermedad llamada «sagrada». No es, en mi opinión, ni más divina ni más sagrada que otras enfermedades, sino que su causa es natural, y su supuesto origen divino se debe a la inexperiencia del hombre y al asombro que este muestra ante su peculiar manifestación.

Atribuido a HIPÓCRATES,
Sobre la enfermedad sagrada

Salí a la sala de espera y llamé a Wahid por su nombre. En un rincón hubo un revuelo. Ponerles la tapa a los vasos de café. Recoger abrigos y bolsos. Me quedé aguantando la puerta y esperando. Una pareja venía ya hacia mí. No llegaron muy lejos antes de que el hombre diera media vuelta y saliera corriendo hacia la silla para recuperar los guantes que se había dejado olvidados. La mujer lo esperó. Por detrás de ellos, la recepcionista me sonrió.

—¡Los ha pillado por sorpresa que los haya llamado a la hora en punto! —dije cuando por fin entraron a la consulta. Mi intento de quitarle hierro a la situación no hizo mella en sus rostros preocupados.

—¿Le parece bien que entre con él? Soy su mujer —dijo ella.

—Claro que sí —dije—. Por cierto, soy la doctora O’Sullivan.

Se produjo otro breve ajetreo de bolsos y sillas antes de que estuviéramos todos sentados. Sobre la mesa, entre nosotros, estaban las escuetas observaciones acerca de Wahid. Constaban solo de una nota. Lo único que decía era: «Por favor, examine a este hombre que se despierta por las noches a causa de extraños ataques desde que tenía doce años». Miré al hombre que tenía sentado frente a mí. Aparentemente era la viva imagen de la salud. Joven, alto, robusto, bien vestido. Miré su fecha de nacimiento. Veinticinco años. Lo que lo incomodaba le sucedía desde hacía mucho tiempo, pero no le había dejado ninguna huella externa.

—Bueno, Wahid, su doctor me comenta que por las noches se despierta con unos raros ataques —dije abriendo el cuaderno por una página en blanco, dispuesta a anotar todo lo que conversáramos—. Pero, antes de entrar a hablar de ello, podría confirmarme su edad y si es diestro o zurdo.

Todas las preguntas son importantes. Los pacientes son desconocidos. Al principio me interesa tanto su forma de responder como la respuesta en sí.

—Tiene veinticinco años y es diestro —dijo la esposa de Wahid.

—¿Trabaja? ¿Estudia? —pregunté.

Hubo un intercambio momentáneo de susurros en una lengua que no reconocí.

—¡Chis! —dijo su mujer, y se volvió hacia mí—. Está en la universidad.

—¿Qué estudia?

Otro cuchicheo entre ellos me invitó a interrumpirles.

—¿Me entiende?

El volante de derivación no indicaba lo contrario, pero me pareció que debía cerciorarme.

—La entiende perfectamente..., solo que no quiere estar aquí —dijo ella, y levantó la mano para hacer callar a su marido, que parecía estar a punto de objetar algo.

—Veo que tiene este problema desde que era niño. ¿Qué lo ha animado a venir ahora, después de tanto tiempo?

Me lo había estado preguntando desde que leí el informe de derivación. Dirigí la pregunta expresamente a Wahid para intentar forzarlo a contestar por sí mismo.

—Yo —dijo su mujer con aire cansado—. Yo lo he hecho venir.

—Si le sirve de ayuda, no voy a obligarlo a hacer nada que no quiera —le aseguré. En neurología, más que en cualquier otra especialidad, hay muy pocas cosas que sean irrefutables. La mayoría de las consultas son una colaboración. Algunas son una negociación—. Vamos a repasar los hechos y a ver qué hay que hacer, si es necesario. Entonces... esto... —Vacilé a la hora de referirme a esos misteriosos acontecimientos aún sin relatar—. Esto que le sucede por las noches, ¿recuerda la primera vez que pasó?

Cuando un paciente acude a la consulta del médico suele describir los síntomas tal y como se manifiestan el día de la visita. O el día anterior. O el peor día. El dolor en su punto álgido. Un médico necesita conocer esos detalles, pero, como en cualquier historia, el final puede ser confuso si no sabes lo que ha llevado a esa persona hasta allí. El primer síntoma es la primera pieza del rompecabezas.

—La verdad es que sí me acuerdo de cuándo empezó.

Wahid había hablado por fin. Su acento era distinto al de su mujer. El de ella era del este de Londres. Me contó que el problema se presentó cuando vivía con su familia en Somalia, donde nació.

—Tenía doce años... —dijo Wahid.

Era de noche. Él estaba durmiendo en la habitación que compartía con sus dos hermanos pequeños. Sus padres dormían en el cuarto de al lado. De pronto se encontró despierto, incorporado en la cama y con sus dos hermanos mirándolo fijamente. Antes de que tuviera ocasión de saber qué estaba pasando, sus padres entraron corriendo al dormitorio. Al parecer, sus hermanos los habían llamado a gritos

para despertarlos. Wahid era vagamente consciente de que había mucho ruido y alboroto, pero no entendía nada.

—¿Qué pasa? —les preguntó a los chicos el padre de Wahid después de encender la luz del dormitorio.

Los hermanos de Wahid no parecían estar en condiciones de explicar cuál había sido el motivo de alarma. Solo murmuraban incoherencias. Por lo que dijeron, Wahid los había despertado, pero ninguno de los dos niños tenía edad suficiente para expresar con claridad lo que había hecho. Wahid tampoco ayudaba. Le resultaba todo muy confuso. Sabía que algo raro había sucedido, pero no podía explicarlo, así que prefirió decirles a sus padres que no tenía ni idea de por qué sus hermanos los habían llamado.

—¿Sabe si estaba plenamente consciente cuando sus padres entraron en el cuarto? —pregunté.

—Estaba bien. Esa era la cuestión. Pensé que todos se estaban volviendo locos.

Al ver que aparentemente todos sus hijos se encontraban bien, los padres se limitaron a recriminarles que hubieran despertado a toda la casa y les dijeron que volvieran a dormirse.

Al cabo de media hora, unos gritos idénticos a los anteriores atrajeron a los padres de nuevo a toda prisa, con un resultado parecido. Esta vez los hermanos explicaron que les había parecido como si Wahid estuviera asustado y que había señalado insistentemente hacia algo en el rincón de la habitación. Pensaban que había visto algo allí, pero no sabían qué. Wahid lo negó. Su padre echó un breve vistazo en torno a la estancia y trató de entender qué estaba asustando a los niños. Al final ellos se llevaron otra regañina y la amenaza de un castigo si no se iban a dormir de inmediato. El resto de la noche transcurrió sin más sobresaltos.

A la mañana siguiente, con las prisas y los preparativos para ir a la escuela, no se hicieron más comentarios sobre el incidente. A decir verdad, todo el episodio cayó en el olvido por completo hasta pasadas exactamente dos semanas, cuan-

do volvió a ocurrir. Fue igual que la primera vez. Los chicos llevaban una hora en la cama. Los padres estaban en la cocina cuando el más pequeño entró corriendo. Les contó que Wahid los había despertado nuevamente. Los hermanos lo habían oído gruñir y se lo encontraron sentado en la cama, señalando la pared. Cuando le preguntaron, Wahid siguió negando que sucediese algo fuera de lo normal. Los padres no sabían qué hacer, así que les dijeron a los tres que dejaran de levantarse de la cama por las noches y así quedó la cosa.

A lo largo de los siguientes cuatro meses, los hermanos de Wahid se quejaron de forma intermitente de que seguía gruñendo y señalando por las noches como un zombi. Cuando sus padres intentaban interrogar a Wahid al respecto él se indignaba.

—Siempre estaba metido en algún lío, aunque no fuera culpa mía —me dijo Wahid.

Cuando empezó a preocuparse, su madre lo llevó al médico. Él vio en Wahid a un chico sano y sugirió que debía de estar sufriendo pesadillas. Le dio unos consejos en relación a su dieta y hábitos de sueño. La madre de Wahid tomó las medidas oportunas. No sirvieron de nada. El problema fue a peor y empezó a suceder todas las semanas.

Finalmente, los padres decidieron separar a los chicos por la noche. Enviaron al padre de Wahid al dormitorio de los niños y Wahid se trasladó para dormir con su madre. La tercera noche que durmieron juntos, su madre se despertó por culpa de un ruido. La cama se mecía levemente. Al volverse se encontró a su hijo mayor sentado, muy erguido y con la cabeza girada, de modo que miraba por encima del hombro izquierdo. El brazo izquierdo estaba estirado y con el dedo índice señalaba hacia un punto en la pared. Su madre pensó que parecía asustado. Miró la pared sin ver nada. Para cuando volvió la vista hacia su hijo, él estaba sentado en una postura relajada y con una expresión normal en el rostro. Cuando le preguntó si había visto algo en la habitación él le dijo que creía que no.

«Entonces ¿qué señalabas?», le había preguntado ella.

«No lo sé», respondió él.

«¿Sabías que lo estabas haciendo?»

«No estoy seguro», dijo.

«Tienes que saber qué estabas señalando.»

«No.»

Hasta en dos ocasiones esa misma semana despertó Wahid a su madre. Ella decidió volver a consultarlo con el médico. Este seguía insistiendo en que Wahid tenía pesadillas. Cuando la familia se negó a aceptar ese diagnóstico el doctor sugirió que Wahid estaba tratando de llamar la atención. Los padres estaban desmoralizados. Le cambiaron la dieta a Wahid una vez más. Modificaron su horario de comidas. Lo hicieron irse a la cama más temprano y luego, al ver que eso no funcionaba, lo obligaron a acostarse más tarde. Preguntaron en la escuela si le costaba sacar adelante las tareas, pero ellos no habían advertido ningún problema.

Desesperados, los padres decidieron pedirle opinión a un curandero tradicional.

Le hicieron una descripción pormenorizada de los acontecimientos. Que se despertaba por las noches. Que señalaba y miraba hacia el rincón del cuarto y que luego se negaba a admitirlo.

«¿Qué pared es la que señala?», preguntó el curandero.

«La pared norte, me parece», dijo el padre.

«¿Es al norte donde está la casa de Anwar?»

«Efectivamente.»

El curandero dijo que sabía a qué se debía el problema.

«¡Esto ya lo he visto antes!», les dijo. «¡Ya me lo conozco!»

La familia creyó que la versión que les dio tenía cierto sentido. A Wahid se le estaba apareciendo un espíritu. Lo despertaba por las noches deliberadamente con la intención de molestar a la familia. El curandero supuso que Wahid se había obsesionado con el visitante y cuando lo veía se sentía obligado a seguirlo ávidamente por la estancia. Al señalarlo, Wahid estaba intentando alertar a los demás de lo que veía.

El hecho de que el espíritu aumentara la frecuencia de sus visitas quería decir que Wahid tenía un mensaje que todavía no había difundido. O que aún no había comprendido.

«¿Qué mensaje?», preguntaron sus padres.

«Parece un espíritu muy disgustado», había dicho misteriosamente el curandero. «Creo que es el propio Anwar. El abuelo.»

El abuelo de Wahid había muerto hacía cinco años. Era bien sabido que se había producido un conflicto familiar, a cuenta de la propiedad de algunas tierras del abuelo, entre el padre de Wahid y sus tíos, que se disputaban la parte que le correspondía a cada uno. Siendo el mayor, el padre de Wahid había tomado posesión de las tierras. Su hermano consideraba que estas deberían haber sido repartidas a partes iguales entre todos los hijos. El curandero estaba seguro de que este conflicto era el motivo de las apariciones. El hecho de que el dedo acusador de Wahid señalara a grandes rasgos en la dirección en que se encontraban las tierras de la discordia no hacía más que reforzar su convicción. Es más, Wahid era el mayor. Cualquier tierra de la que se hubiera apropiado su padre con mala fe acabaría por pertenecerle. La interpretación del curandero encajaba como un guante con los miedos y el sentimiento de culpa de la familia. En aquel momento la aceptaron sin miramientos. El curandero propuso que le dieran parte de las tierras al hermano que las había reclamado inicialmente. Si lo hacían, se desharía un agravio y los espíritus se apaciguarían. Un tanto recelosa al principio, la familia acabó cediendo a la sugerencia. No funcionó. Wahid no mejoró.

Al enterarse del fracaso del tratamiento, el curandero acudió a pedirle consejo al sacerdote local. Estuvieron de acuerdo en que el desaire debía de haber enojado al abuelo. Evidentemente exigía una reparación mayor. Recomendaron que se realizara otra donación. Esta vez ofrendaron una cabra viva a la iglesia y otra al curandero. El estado de Wahid no varió.

A lo largo de dos años las cosas siguieron más o menos el mismo curso. La familia de Wahid seguía las instrucciones del curandero y del sacerdote. Ellos le administraron toda una serie de remedios naturales elaborados a base de plantas endémicas. Rezaban a los dioses que ellos les indicaban. Sacrificaron un pollo. Todo ello lo hicieron siguiendo los procedimientos específicos que ellos les enseñaron. Todo fue en vano. Solo cuando no se pudo permitir el pago de más tratamientos y no quedaban más ofensas que reparar, la familia se dio por vencida y aceptó el hecho de que Wahid iba a tener que vivir con ello.

Los ataques continuaron. Wahid y sus hermanos aprendieron a hacerles caso omiso. Para cuando cumplió los veintidós años, Wahid se despertaba tres veces cada noche, todas las noches. Acabó por aceptar esa parte de su vida. El hecho de que sucediera únicamente de noche tenía la ventaja de que a la familia le resultaba muy sencillo desentenderse del asunto. Por el día se encontraba bien.

No está claro en qué habría acabado todo si la vida de Wahid no hubiera experimentado un cambio drástico. En Somalia Wahid había estudiado ciencias económicas y, cuando cumplió los veintitrés, fue admitido para cursar un máster en una universidad de Londres, adonde se fue a vivir con un tío cuyos hijos, también mayores, se habían ido ya de casa.

El traslado a otro país exigía un nivel de adaptación enorme, pero él lo llevó bien. Descubrió que le gustaba vivir en Inglaterra, más allá del clima y de estar tan lejos de su familia y amigos. Pero hizo nuevas amistades, tanto en la universidad como en el barrio. La amiga que más le cambiaría la vida fue Selma.

Selma había vivido toda su vida en Londres. Trabajaba de recepcionista en un hospital. Wahid y Selma se conocieron cuando la tía de él invitó a Selma y a los padres de esta a cenar. La familia de Selma procedía de la misma región de Somalia que Wahid. La pareja se gustó a primera vista. Diez

meses después se comprometieron con el beneplácito y para alegría de ambas familias.

Hasta que se fue a vivir con Selma, en Londres Wahid había pasado las noches durmiendo a solas en el dormitorio que había ocupado su primo anteriormente. En su nuevo hogar nadie sabía lo que le ocurría por las noches. No era tanto un secreto como un asunto de escasa importancia para Wahid. De modo que Selma no lo sabía. Se enteró de los ataques la primera noche que pasaron juntos.

Selma aún no se había dormido del todo cuando notó que su recién estrenado marido se incorporaba de golpe en la cama, a su lado. Sintió que se revolvía, pero no se giró a mirarlo. Siendo su primera noche juntos, pensó que debía de estar nervioso y que no podía dormir bien. Selma solo empezó a preocuparse cuando vio que volvía a suceder la noche siguiente, y la siguiente. Intentó preguntarle a Wahid qué pasaba. Él le dijo que no era nada. Cuantas más veces ocurría más lo presionaba Selma para que lo hablaran. Wahid era muy reticente. Solo al comprobar su insistencia accedió a contárselo todo. Cuando Selma supo lo que le había dicho el curandero se lo tomó a mal. Le dijo a su reciente marido que debía de estar loco si de verdad creía en los fantasmas y en los espíritus.

—Cuando le dije lo que pensaba retiró su versión —me dijo ella—. Pero aun así no quiso ir al médico.

De hecho tardó varios meses en consentir hablar del problema con el médico de cabecera. Al cabo de unas pocas semanas, nos reunimos.

—Lo he tenido toda mi vida. No pasa nada. —Wahid levantó las manos al aire en un gesto de frustración.

—A veces son cuatro veces en una misma noche —dijo Selma y luego, volviéndose hacia su esposo, añadió—: Y no es normal, y solo quiero saber qué es.

—¿Usted se da cuenta cuando sucede, Wahid? —pregunté.

—Sí. Sé que lo estoy haciendo, pero no puedo pararlo.

—¿Qué siente? —le pregunté.

—No puedo respirar. Es como si se me cerrara la garganta. Tengo todo el cuerpo tieso.

—¿Sabe qué ocurre a su alrededor? Si su mujer le habla, ¿la oye?

—La oigo. Espero a que se pase para contestarle.

—¿Siente miedo?

—¿Miedo? —Se lo pensó un momento—. Puede. Sobre todo es doloroso.

—¿Doloroso?

—Sí, me duelen los músculos.

—Tengo un vídeo, por si le sirve de ayuda —dijo Selma sacando el teléfono móvil del bolso.

—Fantástico.

La descripción que habían hecho Selma y Wahid era tan clara que ya me había formado una idea bastante clara de cómo transcurrían tan extraños acontecimientos. Pero un vídeo siempre es bienvenido. Los relatos de los testigos son muy poco fiables. Ya sean accidentes automovilísticos o crímenes o emergencias médicas, las explicaciones que dan los espectadores están siempre plagadas de errores. Nuestro cerebro es más sofisticado que cualquier superordenador, pero no registra acontecimientos con la fiabilidad y la capacidad de reproducción de un ordenador. La gente se imagina cosas que no ha visto basándose en las expectativas que se forma. Otras cosas las pasan por alto. Cuando nos concentramos en algún objeto, nuestro cerebro filtra con facilidad y astucia los detalles que se encuentran en la periferia de nuestra atención. Cuando se nos pregunta por unos hechos después de que sucedan, hasta el estilo del interrogatorio condiciona la respuesta.

Selma pulsó la tecla de reproducción en el teléfono y me lo pasó. El vídeo arrancó y vi a Wahid tumbado en la cama. El dormitorio estaba completamente iluminado. Él estaba arropado con el edredón hasta arriba. Solo se le veía la coronilla.

—Está a punto de empezar, entonces lo verá bien —dijo Selma.

Apenas acababa de decir esto cuando vi que el Wahid del vídeo se sentaba en la cama. Fue un gesto bastante repentino. Parecía asustado. Seguí mirando y escuchando. El Wahid que tenía ante mí se removió en su asiento y miró en dirección opuesta al teléfono.

—No quiere verlo —explicó Selma—. No quería que lo grabara.

Subí el volumen del dispositivo y oí claramente un sonido, como si estuviera tragando. Luego un gruñido. El ruido que había despertado a los hermanos. El Wahid que tenía delante de mí se llevó las manos a los oídos. El de la pantalla emitió otro sonido. Un sonido gutural indefinido. La imagen estaba borrosa, pero me pareció ver a Wahid tragar en repetidas ocasiones. Tenía los ojos abiertos de par en par y empezaron a moverse. Poco a poco fueron girando hacia la izquierda; daba toda la impresión de que estuviera siguiendo con la mirada algo que se desplazara muy despacio por la estancia. Sus ojos no dejaron de vagar hasta que quedaron mirando hacia la izquierda por completo. Solo se veía bien el blanco de los ojos. Entonces la cabeza siguió la dirección que habían tomado sus ojos, hasta que tuvo todo el cuello estirado y la cabeza girada al máximo. Exactamente al mismo tiempo que movía la cabeza, el brazo izquierdo se alzó recto, hasta que quedó perpendicular al costado. El dedo índice señalaba con insistencia, tal y como había oído en la descripción. Verdaderamente tenía todo el aspecto de alguien que ha visto algo que nadie más puede ver.

—Hizo bien en grabarlo desde el principio —le dije a Selma.

La mayor parte de los vídeos de ataques extraños empiezan a la mitad. Para un testigo resulta difícil filmar desde el primer segundo.

—Fue fácil. Sucede en las primeras dos horas después de acostarse. Solo tuve que esperar. Además, dejé la luz encendida —me contó Selma.

—¿Estaba despierto? —le pregunté a Wahid.

—Lo suficiente. No podía hablar, pero sabía que Selma me estaba grabando.

Wahid seguía mirando en la dirección contraria a Selma y a mí mientras hablaba.

—¿Sabe qué es? —preguntó Selma.

Sí que lo sabía. Gran parte de los diagnósticos médicos radican en reconocer una historia que te resulta familiar cuando la oyes. Había oído hablar de cosas semejantes a lo que me estaba contando Wahid. También había visto vídeos parecidos. Muchos. Ataques breves. Que despiertan a alguien varias veces cada noche. Siempre iguales. Giros forzados de cabeza. Rigidez en un brazo. Movimientos de deglución. Ahogo.

Me pregunté si no sabrían ya lo que iba a decir.

—No sé si se lo habrán mencionado alguna vez, pero todo lo que me han contado y lo que he visto en este vídeo se ajusta perfectamente a la probabilidad de que tenga epilepsia —le dije a Wahid.

No reaccionó inmediatamente. Tenía el teléfono de Selma encima de la mesa con la imagen congelada de Wahid en la pantalla. Pasado un instante, alargó el brazo y lo puso boca abajo sobre la mesa.

—No quiero verlo —dijo.

—¿Epilepsia? —dijo Selma.

Wahid y Selma se miraron el uno al otro. Ninguno de los dos estaba convencido. Intercambiaron unas palabras apresuradas en su lengua. La palabra epilepsia salió mencionada un par de veces por cada lado.

—Pero nunca ha tenido una crisis —contestó Selma.

—Lo que estoy intentando decirles es que creo que es bastante probable que estos ataques sean crisis. —Señalé el móvil.

—Solo pasa cuando está durmiendo. Hablé con un médico del hospital donde trabajo y me dijeron que podía ser una especie de sonambulismo —me dijo Selma.

—Sería muy atípico que se produjera sonambulismo todas las noches sin excepción y varias veces cada noche. Exis-

ten multitud de tipos distintos de crisis y estoy convencida de que este es uno de ellos.

—Pero yo me despierto —replicó Wahid.

—Sí, lo comprendo. No todos los que padecen epilepsia pierden la consciencia cuando tienen una crisis.

—¿Señalar sin más puede ser una crisis, aunque sepas que lo estás haciendo? —preguntó Wahid.

—Sí, así es.

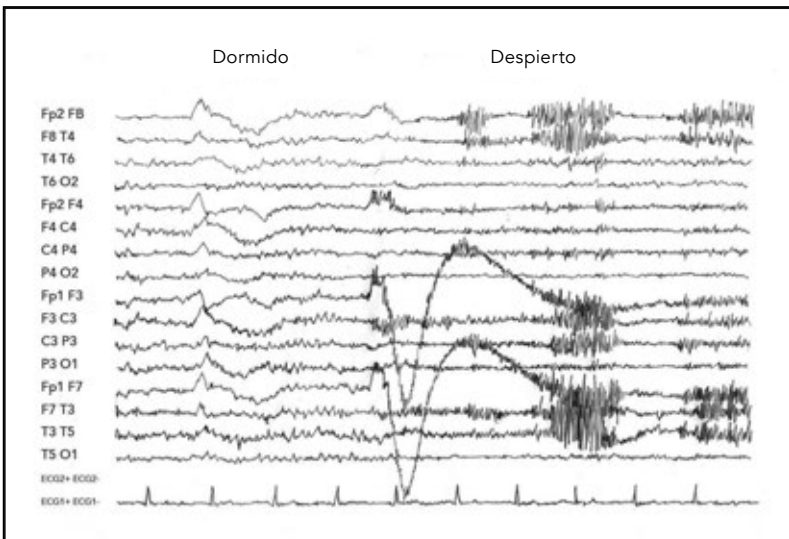
—Me parece que preferiría que se sometiera a alguna prueba antes que dejarlo en una suposición —concluyó Selma.

No era una suposición, por supuesto, pero si eso contribuía a que Wahid y Selma estuvieran más seguros, indagaría. Cité a Wahid para un escáner cerebral. Los resultados revelaron que no había nada fuera de lo normal.

Las IRM nos ofrecen imágenes muy detalladas del cerebro. Nos permiten detectar minúsculas marcas, tumores y anomalías en vasos sanguíneos, cosa que un TAC no puede hacer. Sin embargo, todavía hay numerosas afecciones que no puede localizar. La IRM nos muestra la integridad de la anatomía macroscópica del sistema nervioso —el cableado del cerebro—, pero las dolencias cerebrales no siempre afectan a la estructura sólida. Pueden existir únicamente en un plano químico, microscópico o eléctrico. Yo sospechaba que Wahid tenía epilepsia, que es un trastorno de la actividad eléctrica. En el caso de la epilepsia, el cerebro puede permanecer estructuralmente sano por completo. Una IRM no es capaz de ver una ráfaga eléctrica indeseada. Afortunadamente, la IRM y el TAC no son las únicas herramientas para interrogar al cerebro. La investigación médica ha de ser lo suficientemente versátil como para permitirnos mirar el cerebro de muchas maneras diferentes y poder reflejar la multitud de procesos patológicos que hay en juego. Dado que la epilepsia es una enfermedad causada por oleadas de descargas eléctricas que se van propagando, ese es el lugar por el que continuar la búsqueda si el escáner es normal.

El cerebro cuenta con sus propios ritmos eléctricos intrínsecos. Están en continua transformación. Se dejan llevar y alteran su apariencia, pasando de estar despiertos al sopor, y de ahí al sueño. Pero también se pueden comparar y reproducir entre personas. En 1924 Hans Berger, un psiquiatra alemán, descubrió que los ritmos cerebrales se pueden registrar directamente desde el cuero cabelludo. Pese a ser tan diminutas, las ondas cerebrales se pueden medir a través del hueso, la piel y el pelo.

Berger desarrolló una técnica sencilla para medir esta actividad y la llamó «electroencefalograma» (EEG). Las ondas cerebrales medidas por EEG poseen muchas características interesantes y clínicamente útiles. Sus patrones son diferentes en cada área cerebral. Las partes frontal y trasera del cerebro ofrecen un aspecto eléctrico distinto. Los patrones varían a lo largo del día y de la noche, reflejando el estado de consciencia de la persona. Los registros de EEG del cerebro consciente e inconsciente no se parecen en nada.



EEG durante el sueño y luego al despertar.

La epilepsia puede producir fenómenos anormales en un EEG, tales como puntas, causadas por un estallido sincrónico de electricidad que se origina en células cerebrales eléctricamente inestables. Es un marcador de la epilepsia. Eso fue lo siguiente que busqué en Wahid.

Vino una mañana al hospital y se sometió a un EEG. Una técnica le adhirió veinticinco electrodos metálicos en el cuero cabelludo con pasta conductora. Durante treinta minutos, Wahid estuvo tendido sin moverse, llegando incluso a dormirse un rato, mientras la técnica registraba la actividad cerebral desde la superficie de su cuero cabelludo.

—El estudio de IRM es normal, pero el EEG apunta con bastante fiabilidad a una epilepsia —le dije a Wahid cuando volvimos a vernos.

A Wahid y a Selma les resultó mucho más fácil aceptar el diagnóstico de epilepsia cuando supieron que el EEG era anómalo.

—¡O sea, que no tenía nada que ver con abuelos muertos! —dijo Selma cuando se lo conté.

—No, nada que ver. Pero esa clase de supersticiones son más habituales de lo que se imagina —les aseguré.

En los años ochenta la brujería seguía siendo la segunda causa de la epilepsia más nombrada en Nigeria. En 1999 un informe médico describía cinco casos de epilepsia en Florida y todos ellos se habían atribuido a la posesión de un espíritu vudú. En el Reino Unido todavía se llevan a cabo exorcismos por epilepsia.

Wahid accedió a medicarse contra su dolencia. Las crisis desaparecieron casi instantáneamente.

En un registro de EEG de treinta minutos, detectamos solo seis veces una descarga de punta en un área específica del cerebro de Wahid. Al igual que las chispas de una hoguera, el patrón de punta no se presenta en un EEG siempre que uno mira. Se observa y se espera a que aparezca. En total, las seis

descargas no sumaban ni tan siquiera un segundo de anomalía en treinta minutos. Su naturaleza intermitente hace que sea fácil pasarlas por alto. Un EEG normal no significa que una persona no tenga epilepsia.

La ubicación en el cuero cabelludo en la que se registra una punta es de particular importancia porque es lo que nos ayuda a señalar desde qué punto del cerebro emanan las crisis. En el caso de Wahid, las descargas de punta estaban confinadas al lóbulo frontal derecho. Estos estallidos de actividad cerebral de microsegundos de duración no le causaban problemas de forma inmediata, pero indicaban que un grupo de células cerebrales se disparaban sincrónicamente sin que él pudiera controlarlo. Cada noche, cuando Wahid se iba a dormir, debía de producirse un cortocircuito que se extendía hacia las células cerebrales adyacentes, provocando una crisis. Los fármacos para la epilepsia que empezó a tomar Wahid no iban a curar este problema, pero sí reducirían la excitabilidad eléctrica en el cerebro, cosa que contribuiría a prevenir la propagación de cualquier chispa aislada que pudiera derivar en una crisis.

El hecho de que las crisis de Wahid no se manifiesten en la forma más tradicional que conocemos de una crisis —una convulsión— se explica por la anatomía del cerebro y por el modo en que se desarrolla una crisis epiléptica. Las crisis se producen cuando una descarga eléctrica anormal y autónoma invade de forma transitoria todo el cerebro o una parte de él. Esa descarga se puede dar por multitud de razones, entre las cuales están los traumatismos craneales, las lesiones al nacer, las infecciones o las enfermedades autoinmunes o genéticas. Pero, en última instancia, todas las crisis parten de las neuronas.

Las neuronas son las células funcionales del cerebro. Tienen un cuerpo celular desde el cual extienden dendritas y un axón, que son como unos largos brazos que se prolongan hasta el centro del cerebro. Las neuronas son eléctricamente activas. Se comunican entre sí mediante las conexiones que

establecen las dendritas y los axones. Cada neurona mantiene conexiones con cientos o miles de otras neuronas. Todo lo que hacemos viene dictado por estas conexiones. Un EEG mide las transmisiones sinápticas entre neuronas.

Las neuronas miden solo entre 0,01 y 0,05 mm de ancho. Descubrir su existencia supuso un desafío, porque requería ir más allá del mero desarrollo del microscopio. Resulta muy sencillo extender las células sanguíneas sobre un portaobjetos y colocarlas bajo un microscopio. El cerebro, en cambio, es un órgano sólido y gomoso. Para distinguir su microestructura los científicos tuvieron que aprender a cortarlo en láminas extremadamente finas. En el siglo XIX descubrieron que se podía endurecer el cerebro sumergiéndolo en formaldehído, y con ello consiguieron fragmentarlo sin alterar su estructura. Gracias a este hito, el aspecto microscópico del cerebro se desveló por primera vez y, junto a él, un secreto: que el cerebro que creíamos tan homogéneo en el fondo no lo era tanto. En las distintas áreas la disposición de las neuronas difería.

En los primeros años del siglo XX, un neurólogo alemán llamado Korbinian Brodmann se convenció de que la disposición de las neuronas nos decía algo acerca de la función cerebral. Trazó minuciosamente un mapa del cerebro, dividiendo la corteza en cincuenta y dos secciones conforme al aspecto histológico de cada sección. Denominó las regiones cartografiadas como «áreas de Brodmann» y asignó un número a cada una de ellas. Los trabajos de neuroestimulación acabarían por demostrar que la división artificial del cerebro en áreas funcionales que había llevado a cabo Brodmann era correcta en gran medida. Nuestro cerebro está diseñado según un plan y ese plan es el mismo para todos. Saber en qué área de Brodmann se desencadena una crisis es fundamental a la hora de determinar con exactitud qué va a suceder durante esa crisis.

Existen muchas clases diferentes de crisis, pero una clasificación básica establece que se dividen esencialmente en

dos grandes tipos: las crisis generalizadas y las focales. La imagen tradicional de una crisis, una convulsión, corresponde a una crisis generalizada o crisis generalizada «tónico-clónica» («tónico» hace referencia a la rigidez, «clónica» hace referencia al espasmo). En una crisis generalizada se da una marcada rigidez tónica y un espasmo clónico rítmico en todo el cuerpo. La palabra «generalizada» remite al hecho de que la totalidad del córtex está implicada en la descarga eléctrica sincrónica que causa el ataque.

Algunas crisis generalizadas son «generalizadas *primarias*», lo que significa que la actividad eléctrica indeseada afecta a todo el cerebro de forma simultánea desde el principio. Otras son crisis «generalizadas *secundarias*», lo que indica que la descarga se ha iniciado en un punto del cerebro y se ha propagado hasta abarcar todo el córtex. El final de una crisis generalizada primaria y de una secundaria tienen exactamente la misma apariencia: espasmos tónico-clónicos en las cuatro extremidades con una profunda pérdida de consciencia. La diferencia entre las dos se da al principio. Una crisis generalizada primaria surge de forma abrupta y engloba a todo el cuerpo desde el principio. Una crisis generalizada secundaria se inicia de un modo más gradual, a menudo con una retahíla de síntomas: primero un espasmo en una mano, luego en un brazo, después en un lado de la cara, etcétera. Estos síntomas en expansión reflejan el desplazamiento de la descarga eléctrica por el cerebro. Los síntomas iniciales de una crisis generalizada secundaria son las pistas en las que tiene que fijarse un neurólogo para desandar el camino de la crisis hasta su punto de partida en la corteza cerebral.

No todas las crisis generalizadas provocan convulsiones. Hay otra clase que es la «crisis de ausencia», una pérdida de consciencia momentánea más propia de los niños pequeños. Otra es el «espasmo mioclónico», una veloz y repentina sacudida del cuerpo. Lo que tienen en común todas las crisis generalizadas es que la descarga afecta al córtex en su totalidad.

Las crisis focales son notoriamente distintas. No son tan indiscriminadas ni globales como para invadir todo el cerebro. Se inician en un pequeño racimo de neuronas localizado en una única área de la corteza. Desde allí la descarga puede extenderse un poco o mucho. El número de síntomas posibles en una crisis focal es mucho mayor que en una crisis generalizada: las distintas partes de córtex hacen cosas distintas y por lo tanto causan síntomas muy variados. Algunas crisis focales acaban generalizándose, pero muchas se mantienen como focales y afectan únicamente a un área circunscrita del cerebro. Un cerebro medio contiene alrededor de 85.000 millones de neuronas. Las crisis focales pueden tener su origen en tan solo 2.000 de ellas. A cuáles afecta es de gran importancia.

Cherylin, otra de mis pacientes, también tiene epilepsia, pero su experiencia ha sido muy distinta a la de Wahid. La madre de Cherylin me describió las crisis que padecía.

—De repente está en las nubes, más para allá que para acá —me dijo.

Cherylin no sabía nada de lo que pasaba cuando tenía un ataque. Debe de resultar extrañísimo sufrir una enfermedad en la que la única persona que no está presente del todo cuando se manifiesta eres tú mismo; la persona que menos sabe del asunto, tú. Cherylin se despertaba en lugares insólitos sin tener ni idea de cómo había llegado hasta allí. Bien podía haber sido teletransportada. Para ella sus crisis no eran más que un despertar en el que reinaban el miedo y la desorientación.

—Vuelvo en mí con la horrible sensación de que estoy a punto de morir —me dijo.

A Cherylin le gustaba tener cerca a su familia cuando se despertaba de una crisis. Necesitaba que alguien de confianza la tranquilizase. El día en que solo estaba yo para ayudarla me sentí una pobre sustituta. Cherylin había acudido a la

clínica sin acompañante. Era poco habitual, pero no somos muchos los que podemos darnos el lujo de contar con un ser querido que siempre esté disponible, y ese día en concreto toda la familia de Cherylin estaba ocupada.

Precisamente me estaba contando cómo había ido todo desde la última vez que nos vimos cuando le cambió la expresión por completo. Algo mutó en su rostro. Si tuviera que definirlo me costaría mucho. Una pausa infinitesimal. Fue tan sutil que no estuve segura del todo. Lo pasé por alto y seguí hablando.

—¿Qué dosis de lamotrigina estás tomando? —le pregunté.

No contestó. Se miró las manos, examinándose las uñas. Con la derecha hizo girar el anillo que llevaba en el pulgar izquierdo. Al cabo de unos segundos volvió a alzar la mirada hacia mí, pero aún sin contestar. ¿Acaso no había oído la pregunta? ¿No estaba segura de la dosis o era otra cosa?

—En el historial pone que son cien miligramos, ¿es correcto?

Esta vez estuve más convencida de que algo iba mal. Se perdió el contacto por completo. De pronto se puso a contar. Pronunciando las palabras en un tono alto y temeroso.

Estaba teniendo una crisis.

—Uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, diez, once, doce, trece... —gritaba.

A medida que aumentaban los números, del mismo modo elevaba el volumen y la sensación de miedo. Su cerebro estaba hiperactivo, completamente expuesto. Frente a él, yo notaba lento mi propio cerebro. Las crisis son sobrecogedoras. Repentinas. Escandalosas. Arrebatan el control a la persona afectada, pero también a los que las presencian. Cuando el cerebro prende fuego de ese modo, el espectador tiene poco que hacer.

Pensé en cómo debía actuar. Pero tardé demasiado. Antes de que yo reaccionara adecuadamente, Cherylin se levantó de la silla y se arrastró de espaldas hasta un rincón de la sala. Seguía contando.

—Veintisieteveintiochoveintinueve...

Parecía como si hubiera visto algo tan horrible que debía hacerse lo más pequeña e invisible que pudiera. Me dirigí hacia ella, musitando nerviosa sonidos tranquilizadores.

—No es nada, no es nada, estoy aquí. Estás a salvo —dije.

Me agaché a su lado. Ella tenía el gesto torcido, me tomó la mano y la apretó con fuerza. Con la espalda pegada a la pared y las piernas encogidas, me recordaba a un pequeño animal asustado.

—Oh, no, oh, no, oh, no —decía sin aliento, y luego—: Ayúdame, ayúdame. ¡Me ayudarás, ¿verdad?!

Sus súplicas solo contribuyeron a reforzar mi sensación de impotencia. Necesitaba consuelo de un miedo que existía más allá de mi alcance. Vivía únicamente dentro de su cerebro. Le puse en el hombro la mano que tenía libre, como si eso bastara para calmarla, pero por supuesto no era suficiente. Los gritos se volvieron más insistentes.

—Ayúdame, ayúdame, por favor, ayúdame, por favor...

Seguía aferrada a mí con mucha fuerza. Supe que tendría que soltarme la mano si quería pulsar el botón de alarma que enviaba la señal de que necesitaba ayuda. Me reproché el no haberlo hecho de inicio. Se recluyó todo lo que pudo en el rincón y se tapó la boca y la nariz con el cuello del jersey. Los ojos asomaban por encima, recorriendo toda la estancia.

Cuando un paciente tiene una crisis convulsiva, la reacción correcta es colocarlo de costado y esperar a que pase. Tumbarse de lado evita la asfixia. En el caso de una crisis como la de Cherylin, eso no servía para nada. Tenía la espalda firmemente asentada en la pared. No se iba a ahogar, pero parecía lista para dar un brinco. Si lo hacía, mi función era mantenerla alejada de cualquier cosa de la sala que pudiera suponer un peligro. Eso era lo único que estaba en mi mano.

Además, tenía que asegurarme de que la crisis pasara en un período de tiempo razonable. La mayoría se acaban en un par de minutos. Más de cinco minutos equivalen a una

emergencia potencial. Miré el reloj. Supuse que habría pasado menos de un minuto. A partir de ahí empecé a cronometrar.

—No, no, no, ayuda, ayúdame... —El jersey de lana que le cubría la boca amortiguaba las palabras de Cherylin. Intenté bajárselo de la cara. Ella me miró directamente, abrió mucho los ojos y negó con la cabeza de un modo desafiante.

Volví a mirar el reloj. Otros treinta segundos. Solo había pasado un minuto y medio, pero parecía mucho más tiempo. Deseé poder liberar mi mano de la de Cherylin para ir hasta la puerta, pero me parecía cruel separarme de ella. Empecé a pensar que el ataque no iba a acabar nunca. En breve no me quedaría más alternativa que ir soltando mis dedos a la fuerza para ir en busca de ayuda. En el último segundo me salvé. Ahí estaba otra vez, un leve cambio en la expresión de sus ojos. Recuperó la normalidad, o casi, al menos. Cherylin aflojó la mano con la que me tenía agarrada. Seguía agachada en el suelo, pero el espectro había desaparecido. Ella se destapó la cara.

—¿Te encuentras bien, Cherylin? —le pregunté.

—Sí.

—¿Estás otra vez conmigo?

—Sí.

—¿Sabes qué ha pasado?

—¿Está mi madre?

—No. Hoy has venido tú sola. ¿Quieres que la llame por ti?

—¿Mamá está fuera?

—No. ¿Te encuentras bien?

Se levantó y se dirigió hacia donde tenía el bolso, en el suelo junto a la silla. Una mancha en los vaqueros dejaba ver que se había orinado encima. Recogió el bolso e hizo ademán de dirigirse a la puerta.

—Lo siento —dijo.

—No te vayas —dije yo tocándole el brazo en un intento por que volviera a la silla—. Siéntate y déjame ir a buscar ayuda.

—Estoy bien.

—No te puedes ir así. Estás mojada. —Señalé la mancha en los pantalones.

Ella miró hacia abajo y frotó la mancha con la mano.

—Creo que me iré a casa —dijo.

Me dio la impresión de que estábamos manteniendo dos conversaciones distintas.

—¿Sabes dónde estás, Cherylin?

—Sí —sonrió.

—¿Dónde?

—Estoy aquí. —Sonrió e hizo un gesto con las manos, queriendo señalar toda la sala.

—¿Dónde es «aquí», Cherylin?

—En las tiendas.

—No, Cherylin, estás en el hospital.

—¿Puedo irme?

—Todavía no.

La hice sentar. Tomé un bolígrafo del escritorio y se lo enseñé, preguntándole:

—¿Cómo se llama esto?

—Bolígrafo —dijo arqueando las cejas, incrédula.

—¿Qué día es hoy? —pregunté.

—¿Qué día es hoy?

—Sí, ¿qué día es hoy?

—Domingo.

—No, es lunes. ¿Sabes quién soy?

—¿Está mi madre?

—No. ¿Sabes que estás en el hospital?

—¿No? Ah, ¿sí?

Las respuestas de Cherylin tardaron otros diez minutos en cobrar absoluta coherencia. Una vez recuperada, también ella se afligió. Lloró y lloró y suplicó que viniera su madre. Era la sensación infausta que me había contado que le embargaba en cuanto se le pasaba una crisis.

Descolgué el teléfono y llamé a la enfermera de epilepsia para que viniera a ayudarme. Se llevó a Cherylin a la cafetería y le pidió una taza de té. Algo para calmarla mien-

tras se familiarizaba de nuevo con el mundo. Solo cuando Cherylin parecía recuperada del todo regresó para que yo pudiera reiniciar la consulta. No funcionó. Cherylin había perdido la voluntad de participar en la conversación. Lo único que quería era irse a casa. Llamamos a un taxi y la cité para que nos volviéramos a ver la semana siguiente. Antes de que se fuera, le pregunté:

—Cherylin, ¿qué pasa si te da una crisis en la calle?

—Poca cosa. Me despierto y noto que la gente me mira, y me marcho lo más decididamente que puedo. Sé que no voy a volver a verlos, y pensar que es así me hace sentir mejor.

Wahid y Cherylin comparten el mismo diagnóstico. La forma en que les afecta a duras penas se puede comparar. Ambos tienen crisis focales, pero proceden de distintas áreas del cerebro.

El nacimiento de Cherylin había sido muy complicado. El trabajo de parto de su madre se fue alargando y cuando Cherylin apareció estaba morada e inerte. Se la llevaron a toda prisa a la unidad de cuidados especiales de neonatología, donde estuvo ingresada casi una semana. En total se pasó las primeras dos semanas de vida en el hospital.

Desde el mismo momento en que se llevaron a Cherylin a casa, sus padres advirtieron una clara diferencia entre ella y sus otros hijos. Todas las cosas nuevas que aprendía las aprendía muy despacio. Cuando empezó la escuela sus sospechas se confirmaron. Se sometió a una evaluación formal y se descubrió que tenía una leve dificultad en el aprendizaje. No fue ninguna tragedia. Era una niña feliz y tenía las dotes suficientes como para asistir a la escuela ordinaria.

Más preocupante fue el hecho de que Cherylin desarrollara epilepsia a los siete años. El escáner reveló una alteración en el cerebro ocasionada por lesiones durante el parto. Sus crisis resultaban difíciles de tratar y veinticinco años

más tarde, cuando nos conocimos, seguían produciéndose a un ritmo regular.

Por el contrario, el escáner de Wahid era normal. No tenía problemas de aprendizaje. Sus crisis no tenían nada que ver con las de Cherylin. Eran breves y solo ocurrían por la noche. Remitieron con el tratamiento.

Las crisis de Wahid y de Cherylin, pese a que ambas eran focales, no se parecían en nada porque surgían de lóbulos distintos del cerebro. Las de Wahid procedían del lóbulo frontal derecho, mientras que el EEG de Cherylin mostraba descargas de punta en el área temporal derecha, y por lo tanto eran crisis del lóbulo temporal.

A lo largo del siglo xx, los estudios de lesiones, los experimentos con animales y la neuroestimulación fueron revelando poco a poco las funciones a nivel macroscópico de los cuatro lóbulos del cerebro. Es en la anatomía funcional de los distintos lóbulos donde radicaba la explicación de las diferencias entre Wahid y Cherylin.

Las crisis de Wahid se manifestaban predominantemente a través de síntomas motores: volvía la cabeza, los ojos recorrían la estancia y levantaba un brazo. Los lóbulos frontales contienen varias regiones que adquieren un papel esencial en la planificación y el control del movimiento. Los espasmos y la rigidez muscular son síntomas preliminares de las crisis que se originan en las regiones motoras de los lóbulos frontales. Los lóbulos frontales también contienen los campos oculares frontales. Estos se encargan de la atención visual y permiten que los ojos sigan el movimiento de los objetos. Son la razón de que las crisis del lóbulo frontal a menudo impliquen giros de cabeza y movimientos oculares.

Los rasgos predominantes de las crisis de Cherylin eran de carácter emocional. Los lóbulos temporales contienen áreas relevantes para el control emocional y la expresión. Las crisis de Cherylin estaban dominadas por el miedo, el terror, una sensación aciaga. Todas ellas son manifestaciones frecuentes de la epilepsia originada en el lóbulo tempo-

ral y son un reflejo de lo que el lóbulo temporal sano hace por nosotros. Aunque a menudo se cree, erróneamente, que la epilepsia conlleva siempre la presencia de convulsiones, ni Wahid ni Cherylín han tenido nunca un desmayo ni una crisis generalizada. La descarga eléctrica siempre se ha detenido antes de que llegara a afectar a todo el cerebro.

En realidad no me hacían falta pruebas para saber lo que les ocurría a Wahid y a Cherylín. Fueron lujos que nos permitieron tener fe en un diagnóstico que se desprendió de su relato con meridiana claridad desde el principio. Para explicar sus síntomas bastaba con saber cómo está organizado el cerebro y el modo en que la estimulación eléctrica se propaga de una célula a otra.

La epilepsia es la enfermedad camaleónica definitiva. Cada una de los 85.000 millones de neuronas puede establecer cientos o miles de conexiones con otras neuronas. Un cerebro típico consta de 100 billones de sinapsis y conexiones. Las crisis epilépticas focales emergen en pequeños cúmulos de neuronas y se extienden por algunas o por todas las selecciones de sinapsis que tienen a su disposición. Esto crea un sinfín de posibilidades. Las crisis focales que se originan en diferentes lóbulos tienen distintos aspectos. Las crisis que aparecen en distintas partes del mismo lóbulo también tienen un aspecto distinto.

Cada acción que llevamos a cabo, cada sentimiento que experimentamos, cada sueño que tenemos es un proceso biológico que empieza y acaba en el cerebro, el resultado del movimiento de iones que entran y salen de determinadas células, el flujo de una descarga eléctrica, la liberación de sustancias químicas. Estos procesos son iguales en cada uno de nosotros, sin embargo no somos iguales. Son las infinitas variables que existen en el sistema de circuitos del cerebro lo que nos garantiza que todos seamos únicos.