

El Dolor, una puerta falsa a la eutanasia
Ezekiel J. Emanuel

Diario Médico, 13.II.97, pág. 9. Traducción del artículo publicado por Ezekiel J. Emanuel, oncólogo de Dana-Farber Cancer Institute, en *The Wall Street Journal*.

La imagen que se fija en el cerebro cuando se menciona la palabra "eutanasia" es la de un enfermo agonizando entre insoportables dolores. Es la imagen creada y afianzada por los reportajes televisivos y los artículos de las revistas. Es por ese paciente y por el temor a que un día usted o yo podamos encontrarnos en el mismo caso por lo que el Tribunal Supremo norteamericano ha iniciado una vista oral en la que se plantea la legalización de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

Sorprendentemente, esta asociación refleja entre dolor y eutanasia tan incommoviblemente asentada en la mentalidad colectiva es una ficción. Más bien, los estudios científicos revelan que la mayoría de los pacientes que demandan la eutanasia están motivados por factores psicológicos -a menudo, por una depresión-, y no por un insoportable sufrimiento físico.

Sí, algunos moribundos sufren enormes dolores. Pero acumular anécdotas sobre estos pacientes, como suelen hacer los defensores de la eutanasia, es dar una perspectiva sesgada. Ni un solo estudio riguroso ha demostrado que sean los pacientes con grandes dolores quienes, como norma, solicitan la eutanasia. Al contrario, tales estudios avalan la tesis de que el dolor físico desempeña un papel menor en la motivación de los pacientes que demandan el suicidio asistido.

El dolor no es la clave

Mi propio estudio sobre pacientes oncológicos, publicado en *The Lancet*, descubrió que quienes experimentan dolor no son más propensos

a pedir la eutanasia que quienes no lo sufren. Más bien, los pacientes con dolor se oponían en mayor número a la legalización de la eutanasia. Por ejemplo, los pacientes oncológicos con dolor -incluso con dolores continuos, sin pausa- consideraban en mayor proporción antiética la eutanasia. Los pacientes que experimentaban sufrimientos físicos eran más propensos a desconfiar del médico si éste mencionaba la eutanasia o el suicidio asistido en una discusión sobre la atención médica de enfermos terminales. Y también eran más propensos a cambiar de médico si éste afirmaba estar dispuesto a proporcionar una "muerte digna".

De modo similar, un estudio sobre pacientes con SIDA llevado a cabo por investigadores del Memorial Sloan-Kettering Hospital de Nueva York descubrió que, si bien muchos de los enfermos estaban interesados en el suicidio médicamente asistido, no así quienes experimentaban dolores incapacitantes.

Todos los estudios holandeses y norteamericanos de médicos que han aplicado la eutanasia confirman estos hallazgos. Es estudio más completo de la experiencia holandesa con la eutanasia -el informe Remmelink de 1991- descubrió que el dolor era un factor para solicitara la eutanasia en menos de la mitad de los casos. Lo que es más importante, el dolor era el único factor en sólo un cinco por ciento de los casos.

Datos corroborados

Otro estudio de médicos que asisten a ancianos en asilos holandeses halló que el dolor influía sólo en el 29% de las peticiones de eutanasia y era el motivo principal en sólo el 11%. Y un estudio en el estado de Washington realizado por médicos que practicaban la eutanasia reveló que en sólo en 35% de los casos el dolor aparecía citado como causa en la solicitud.

Estos cinco estudios muestran que son factores psicológicos los que suelen alimentar el interés de los pacientes por la eutanasia. La depresión, el desamparo, la ansiedad y estados similares explican por

qué los pacientes piden ayuda para morir. Los pacientes deprimidos son más propensos a discutir la posibilidad de recurrir a la eutanasia y de leer el manual del suicida de la Sociedad de la Cicuta, *Final exit*. El estudio del Memorial Sloan-Kettering confirma que los pacientes con SIDA que puntuaban más alto en las tablas de medición de la depresión clínica tenían más probabilidades de desear el suicidio asistido.

Reto médico y social

La depresión, el desamparo, la ansiedad y el sentimiento de pérdida de control son graves problemas entre los moribundos. Exigen la atención de todos cuantos cuidan a los enfermos terminales. De hecho, según un reciente estudio, la depresión y el malestar psicológico afectan al 70% de los agonizantes. ¿De verdad creemos que la eutanasia es la solución para pacientes deprimidos o agobiados por el temor a ser una carga para sus familias?

El actual debate sobre la eutanasia ignora de forma casi absoluta los hechos y los datos disponibles. La principal consideración para plantearse la eutanasia es ofrecer alivio a los pacientes que sufren dolores intolerables. Pero no son estos pacientes quienes piden la eutanasia. De hecho, de los 2,3 millones de norteamericanos que mueren cada año, menos de 25.000 podrían desear la eutanasia por razones asociadas al dolor. Para los otros millones, legalizar la eutanasia o el suicidio médicamente asistido no les proporcionaría ventaja alguna. Al contrario, sería un medio de evitar los complejos y arduos esfuerzos que se les exige a médicos y otros profesionales sanitarios para garantizar a los moribundos una atención humana y digna.

EL ¿MODELO? HOLANDÉS

La experiencia del pueblo holandés deja claro que la legalización del suicidio asistido y la eutanasia no es la respuesta a los problemas de los enfermos terminales. Holanda ha pasado del suicidio asistido a la eutanasia de los enfermos terminales a la de los enfermos crónicos, de la eutanasia de los pacientes con enfermedades físicas a la de quienes

padecen un malestar psicológico, de la eutanasia voluntaria a la involuntaria (denominada "terminación del paciente sin petición explícita"). La investigación encargada por el propio Gobierno holandés ha aportado pruebas de que en más de mil casos anuales, hay médicos que causan o aceleran activamente la muerte sin consentimiento expreso del paciente.

Virtualmente todas las directrices establecidas por el Gobierno holandés para regular la eutanasia han sido modificadas o vulneradas con total impunidad. Se colabora al suicidio de un asistente social perfectamente sano pero abatido por la muerte de su hijo dos meses atrás. También se ayuda a morir a un seropositivo en los cuarenta pero sin síntomas, sin hacer el mínimo esfuerzo para ayudarle a encarar el terror que se esconde tras es deseo de poner fin a su vida...

En la ciudad de Assen, en la primavera de 1993, un tribunal de tres magistrados absolvió a un psiquiatra que había colaborado en el suicidio de su paciente, una mujer de 50 años perfectamente sana que había perdido a sus dos hijos y acababa de divorciarse. El tribunal dictaminó que el psiquiatra, doctor Boudewiji Chabor, actuó legítimamente porque su paciente era competente para tomar libremente la decisión de morir, que su sufrimiento era irremediable y que el facultativo había cumplido el requisito legal de fuerza mayor, que le obligó a dar precedencia al bienestar de su paciente sobre la letra de la ley, que formalmente prohíbe el suicidio asistido y la eutanasia. El caso de Assen se une a la docena de juicios holandeses conocidos en todo el mundo sobre suicidio asistido y eutanasia de pacientes no físicamente enfermos.

(De Seduced by dearth: Doctors, Patiens and the Dutch Cure, un estudio sobre la eutanasia y suicidio en Holanda, por el doctor Herbert Hendin, publicado por Norton).