



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**Programa de Maestría y Doctorado en Filosofía  
Facultad de Filosofía y Letras  
Instituto de Investigaciones Filosóficas**

**Maestría en Filosofía**

**IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA EUTANASIA EN EL  
PACIENTE QUE PRESENTA LA ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER**

**Fernando Bermúdez González**

**Asesor: Dr. Pedro Enrique García Ruiz**



**México, D.F., Ciudad Universitaria, Junio 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mi primo Julio, por su lección de vida y por las sonrisas que compartimos  
juntos*

## *Agradecimientos*

*Al Dr. Pedro Enrique García Ruíz, por su generosidad y confianza puesta en mí para realizar esta tesis.*

*A la Dra. Asunción Álvarez todo el apoyo y orientación que me brindó en la elaboración de este trabajo.*

*A la Dra. Julieta Lizaola, su amabilidad y sus comentarios a mi tesis.*

*Al Q.B.P. Agustín Homero del Río Barragán, por su apoyo durante el inicio de este proyecto.*

*A mis padres y a mi hermana, por su gran muestra de amor.*

*A Carlos Alberto, Karol y María Eugenia, por su amistad y su acompañamiento en la culminación de este proceso.*

*En efecto, atenienses, temer la muerte no es otra cosa que creer ser sabio sin serlo, pues es creer que uno sabe lo que no sabe. Pues nadie conoce la muerte, ni siquiera si es, precisamente, el mayor de todos los bienes para el hombre, pero la temen como si supieran con certeza que es el mayor de los males. Sin embargo, ¿cómo no va a ser la más reprochable ignorancia la de creer saber lo que no se sabe? Yo, atenienses, también quizá me diferencio en esto de la mayor parte de los hombres, y, por consiguiente, si dijera que soy más sabio que alguien en algo, sería en esto, en que no sabiendo suficientemente sobre las cosas del Hades<sup>1</sup>, también reconozco no saberlo [...] Sin embargo, yo mostré también en esta ocasión, no con palabras, sino con hechos, que a mí la muerte, sino resulta un poco rudo decirlo, me importa un bledo, pero que, en cambio, me preocupa absolutamente no realizar nada injusto e impío [...] Reflexionemos también que hay gran esperanza de que esto sea un bien. La muerte es una de estas dos cosas: o bien el que está muerto no es nada ni tiene sensación de nada, o bien, según se dice, la muerte es precisamente una transformación, un cambio de morada para el alma de este lugar de aquí a otro lugar. Si es una ausencia de sensación y un sueño, como cuando se duerme sin soñar, la muerte sería una ganancia maravillosa [...] Si, por otra parte, la muerte es como emigrar de aquí a otro lugar y es verdad, como se dice, que allí están todos los que han muerto, ¿qué bien habría mayor que esté, jueces? Pues sí, llegado uno al Hades, libre ya de éstos que dicen que son jueces, va a encontrar a los verdaderos jueces, los que se dice que hacen justicia allí: Minos, Radamanto y Triptólemo, y a cuantos semidioses fueron justos en sus vidas, ¿sería acaso malo el viaje? Además, ¿cuánto daría alguno de vosotros por estar junto Orfeo, Museo, Hesíodo y Homero? Yo estoy dispuesto a morir muchas veces, si esto es verdad, y sería un entretenimiento maravilloso, sobre todo para mí.*

Apología de Sócrates<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> El mundo de las sombras donde moran las cabezas sin nombre.

<sup>2</sup> Platón, Diálogos I, *Apología de Sócrates*.

## INDICE GENERAL

Introducción	1
Capítulo I. El problema de la identidad personal en Derek Parfit	6
1.1 Diferentes posturas ante el criterio de identidad personal	6
1.2. El criterio físico de identidad personal	9
1.3. El criterio psicológico de identidad personal	13
1.4. Como no somos lo que creemos	20
1.4.1. El espectro físico	21
1.4.2. El espectro psicológico	22
1.4.3. El espectro combinado	23
1.5. ¿Por qué nuestra identidad no es lo que importa?	26
1.5.1. ¿Qué es lo que explica la unidad de conciencia?	29
1.5.2. ¿Qué es lo que ocurre cuando me divido?	32
1.5.3. ¿Qué es lo que importa cuando me divido?	36
1.6. La concepción Reduccionista y la No Reduccionista ante el problema moral	38
Capítulo II Persona y ser humano	44
2.1. Diferencia moral entre persona y no persona en la perspectiva ética de Peter Singer	44
2.2. Personas humanas y personas no humanas en la perspectiva ética de Engelhardt	49
2.3. El concepto de persona en la obra de John Harris	53
2.3.1 ¿Qué significa valorar la propia existencia?	57
Capítulo III. La enfermedad de Alzheimer: la experiencia de una muerte en vida	60
3.1. Definición	60
3.2. Tabla de síntomas y signos	62
3.3. Alteración de la memoria	63
3.3.1. Tipos de memoria	63
3.4. Diagnóstico clínico de la enfermedad de Alzheimer	65
3.5. Características clínicas evolutivas de la enfermedad de Alzheimer	67
3.6. Evolución clínica de la enfermedad	68
3.7. Estadio final de la enfermedad	70
3.8. Tratamientos	71
3.8. Los cuidados paliativos en el enfermo de Alzheimer	72

Capítulo IV La eutanasia en el paciente con la enfermedad de Alzheimer	74
4.1. Clasificaciones de la eutanasia	75
4.2. Eutanasia activa y eutanasia pasiva	78
4.3. Suicidio asistido	79
4.4. Requisitos para aplicar la eutanasia	80
4.5. ¿Es éticamente aceptable aplicar la eutanasia al paciente con la enfermedad de Alzheimer?	81
4.6. El caso ejemplar de Janet Adkins	85
4.7. El problema de la identidad personal en el enfermo de Alzheimer	92
4.8. ¿La condición de ser persona es un motivo para ayudar a morir o aplicar la eutanasia?	95
Conclusiones	99
Bibliografía	104

## INTRODUCCIÓN

La filosofía desde su aparición y a través de su desarrollo histórico se ha enfrentado a diferentes problemas al haber planteado la dicotomía entre cuerpo y alma. Este problema ha influido notablemente en el aspecto ontológico, epistemológico y que decir, en la filosofía moral. Dicho dualismo cuerpo-alma vuelve a plantearse una vez que Descartes sostiene que el pensamiento es una sustancia inmutable, permanente e inextensa para diferenciarla de la *res extensa*. Dentro de este enfoque cuerpo-mente, existen diversas teorías que consideran que la naturaleza de la inteligencia consciente se encuentra en algo no físico, que de ningún modo podría ser materia de estudio para las ciencias como la neurofisiología. Surge entonces la pregunta: ¿En una persona qué relación existe entre cuerpo y mente? La mente, se ha convertido en un asunto respetable y un objeto de investigación para la filosofía, la psicología y la neurociencia. Pero al ser diferentes áreas del saber las que investigan acerca de la conciencia es que se ha propiciado que lo mental y lo físico sean dos elementos mutuamente excluyentes.

Por otro lado, la conciencia, a pesar de encerrar un gran problema en su estudio, se ha ubicado como una condición para poseer el estatuto de persona. Esto porque el concepto de persona llega a ser referido con la identidad subjetiva, es decir, con la unidad y continuidad de la vida consciente del yo. Así, Locke establece una noción de persona que la define como “un ser pensante, inteligente que razona y reflexiona y puede considerarse a sí mismo como un yo, la misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares” (Locke, 1999: 318). Sin embargo, esta noción de persona despierta ciertas interrogantes de índole moral y antropológico. ¿Qué sucede entonces con aquellos individuos que no poseen las características que Locke considera definen a una persona? —Desde la noción de persona que determina Locke— ¿Qué estatuto ontológico se otorga a los fetos, a los recién nacidos, a los retrasados mentales profundos, a los que se encuentran en coma irreversible, o a los que padecen algún tipo de demencia como el Alzheimer en estado muy avanzado.

Estos individuos tienen en común el hecho de no poseer la cualidad de ser seres pensantes y autoconscientes.

Pero esta cuestión no queda únicamente en el discurso filosófico, de modo tal que este aspecto se ve reflejado en el ámbito médico y sanitario. Por ejemplo, en los Países Bajos, donde es legal la práctica de la eutanasia, los médicos se enfrentan con un dilema moral a la hora de aplicar dicha práctica a pacientes que padecen algún tipo de demencia en estado avanzado y dejaron una voluntad anticipada en la que expresan que cuando tengan deterioro mental y lleguen a un estado de incompetencia se adelante su muerte. Sin embargo, los médicos no llegan a respetar la voluntad anticipada una vez que la demencia avanzó y se ha perdido la autoconciencia. Esto por el motivo de que observan tranquilo al paciente y consideran que probablemente es feliz en el estado en que se encuentra. Pero si lo observan intranquilo tampoco deciden adelantar su muerte. Por otro lado, no le aplican la eutanasia ya que quieren cuidarlo dado su estado de incompetencia, no obstante, lo que más influye para que los médicos no terminen con la vida del paciente, es que éste no tendría idea de que el médico está pensando en adelantar su muerte.

El estado de demencia como otras enfermedades mentales, provoca la pérdida de la personalidad, es decir, de lo que permite identidad a una persona como tal. Por ello es cuestionable validar que lo que alguien quería para sí mismo, se aplicara a “algún otro” (Álvarez, 2005:94). Se puede observar entonces, que aquí radica un problema de identidad personal<sup>1</sup> entre el enfermo que ha sido diagnosticado de Alzheimer —pero que aún presenta autoconsciencia—, con su posterior estado, una vez que desarrolla la demencia y haya perdido la conciencia.

La persona que ha recibido un diagnóstico de Alzheimer, comienza a pasar por un sufrimiento psicológico, por el hecho de saber que sufrirá una fractura en sus facultades mentales.

---

<sup>1</sup> El problema tradicional de la identidad personal encierra dos cuestiones principales: (1) la cuestión de saber qué es una persona y (2) la cuestión de saber bajo qué condiciones puede decirse que una persona es idéntica a ella misma o a otra persona en dos momentos diferentes del tiempo (Engel, 1994:37).

Dado el síndrome progresivo que conduce a la caída de las funciones cognitivas, como es la memoria y el deterioro en el control emocional, en el lenguaje y en la conducta social. Algunas personas con este padecimiento han hecho la petición de la eutanasia, porque dicen que no quieren llegar a ese estado de deterioro mental y que además, quieren evitar a sus familiares dicho sufrimiento. Pueden entonces solicitar la eutanasia porque cubren con los requisitos para su aplicación, ya que están pasando por un sufrimiento intolerable por lo que les espera, y porque cumplen además con los otros requisitos que se refieren al hecho de que están bien informados, cuentan con una voluntad anticipada y porque no existe una alternativa de alivio.

Sin embargo, el paciente que recibe el diagnóstico de Alzheimer puede tomar diferentes alternativas. De manera que en este trabajo de investigación se hará un análisis de las implicaciones morales a que conduce cada alternativa. Al considerar la eutanasia como opción, voy a describir lo que podría ocurrir en Holanda, donde ésta se permite y se ha discutido en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

En un primer caso no existe ninguna petición de eutanasia porque el paciente decide llegar hasta los últimos estadios de la enfermedad, y terminar con su vida. Como también, porque tal vez la enfermedad ha avanzado y ya no se encuentra en condiciones de tomar una decisión; o porque los familiares y el doctor deciden no informarle acerca de su diagnóstico para evitarle el sufrimiento. En este escenario surge el siguiente cuestionamiento moral: cuando no se le informa al paciente acerca de su diagnóstico ¿se le está quitando la oportunidad de tomar una decisión sobre su vida y de vivir el proceso de su muerte?

En la segunda opción, el paciente decide adelantar su muerte porque no quiere llegar al estado de incompetencia al que se llega en las etapas finales de esta enfermedad. De modo que realiza una voluntad anticipada en la que comunica que una vez que tenga deterioro mental, quiere que se adelante su muerte, una decisión que habla con el médico que se encuentra a su cargo.

Como se dijo anteriormente, los médicos encargados de aplicar la dosis o droga que pondrá fin a la vida del paciente, deciden no aplicarla aunque exista una voluntad anticipada en donde el paciente dejó indicado que se adelantara su

muerte cuando perdiera la conciencia. Pero una vez que avanzó la demencia, el médico observó al paciente y consideró que ya no es la misma persona que anteriormente dejó por escrito la petición de eutanasia. Por lo tanto, el médico tiene por un lado, un documento firmado por el paciente —hecho antes de su deterioro mental— y por otro lado está ese mismo paciente ahora demente que no guarda ninguna relación con la persona que fue antes y solicitó se adelantara su muerte. Se podría pensar entonces, ¿que tiene un compromiso con dos personas diferentes o dos *yoes* distintos?

Mientras que en esta tercera alternativa el paciente pide la eutanasia cuando todavía está mentalmente competente para hacer la petición, un requisito que es necesario cumplir. El paciente recurre entonces a esta alternativa porque no tiene la seguridad de que el médico respete su voluntad anticipada, en la que expresa que cuando su demencia avance y llegue a un estado de incompetencia, quiere que se apresure su muerte. Por el motivo de que los médicos no respetan la voluntad anticipada, se orilla al paciente a decidir morir cuando es conciente todavía, y se encuentra en el primer estadio de la enfermedad. Aquí cabe entonces plantearnos el siguiente cuestionamiento ¿se le está quitando la oportunidad de vivir un poco más de tiempo?

Como vimos anteriormente, la petición de la eutanasia en los países en donde es legal, se pide como requisito para su aplicación, que la persona que la solicite presente una enfermedad incurable, además de estar pasando por un sufrimiento físico y psicológico intolerable, pero sobre todo que el paciente haga la solicitud voluntariamente y presente un estado de autoconsciencia. Con respecto a la aplicación de la eutanasia a los pacientes diagnosticados de Alzheimer, sólo se les aplica en un periodo anterior al deterioro mental<sup>2</sup>, o mejor dicho, cuando tiene todavía autoconsciencia. Pareciera entonces que la eutanasia se aplica solamente a quien goza del estatuto de persona, en el sentido en que Locke la define. ¿Es entonces, la misma persona cuándo todavía no perdía la autoconsciencia con la que posteriormente al llegar el deterioro mental pierde su autoconsciencia?; ¿la solicitud

---

<sup>2</sup> Las personas tienen en la memoria un acceso especial a los hechos sobre sus propias historias pasadas y sus propias identidades, un tipo de acceso que no tienen a las historias e identidades de otras personas y otras cosas (Shoemaker, 1981: 5).

de la eutanasia es sólo conferida cuando el paciente que la pide goza de autoconsciencia o tiene un estatuto de persona?

Visto este problema desde la postura filosófica de Locke, se puede hacer un análisis más riguroso para abordar un problema como este, en el que entra en juego el concepto de persona, como diferente al de ser humano, que equivale a decir, que la *persona* es un sujeto *competente*, mientras que un sujeto *incompetente* es solamente un *ser humano*. Ahora cabe preguntarnos ¿la enfermedad de Alzheimer implica también un problema de personabilidad?

Una posible respuesta o alternativa de análisis para estos cuestionamientos morales, es la propuesta filosófica y ética de Derek Parfit. Como heredero de la tradición lockeana, el considera que poseer el estatuto de persona implica la autoconsciencia y racionalidad; mientras que la identidad personal consiste en la continuidad de los estados mentales, de modo que privilegia un poco más al estatuto de persona que a la condición de ser humano. Por otro lado, Peter Singer, Engelhardt y J. Harris, sostienen que por el hecho de ser persona es que los individuos son acreedores de respeto y gozan de autonomía, motivo por el cual, están en condiciones de poder tomar decisiones y elegir libremente.

En el primer capítulo de esta investigación, se analiza el problema de la identidad personal desde la perspectiva filosófica de Derek Parfit, así como también, la manera en que se puede establecer una noción de persona a partir de la explicación que hace el autor de los estados psicológicos que poseen las personas. En el segundo capítulo se presenta la propuesta ética de diferentes autores que indagan en las implicaciones morales que conlleva la distinción entre ser humano y persona, además de los compromisos morales que se tiene con los individuos que poseen el estatuto de personabilidad. Mientras que en el tercer capítulo se ofrece una panorámica general de la enfermedad de Alzheimer, en donde se expone sus características, síntomas, tratamientos y evolución. En el cuarto y último capítulo se explica detalladamente todo lo referente a la práctica de la eutanasia, y se presenta el problema general de esta investigación, mediante el análisis de las implicaciones éticas de la eutanasia en el paciente con la enfermedad de Alzheimer.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE LA IDENTIDAD PERSONAL EN DEREK PARFIT**

#### **1.1. Diferentes posturas ante el criterio de identidad personal.**

Con respecto a la mente, se ha dicho que tiene independencia del cuerpo, o que es una sustancia permanente e intangible: aspecto observado mientras Descartes postula que el pensamiento es una sustancia que no cambia, que se conserva y no ocupa un lugar en el espacio, pero sin embargo, permanece. Para él, ser consciente es sinónimo de pensar (Vallejo, 2008: 49).

Dentro del enfoque dualista mente-cuerpo, existen diversas teorías que coinciden en que la naturaleza de la inteligencia consciente reside en algo no físico, que de ningún modo podrá ser materia de estudio para las ciencias como la neurofisiología y la física. Esta no es la noción más divulgada dentro del pensamiento filosófico y científico contemporáneo, pero es la teoría más conocida sobre la mente y que tiene además un profundo arraigo en la mayor parte de las religiones universales, y ha sido la hipótesis más dominante a lo largo de la historia del pensamiento en occidente.

Pero lo cierto, es que hoy en día el estudio de la naturaleza de la mente y la conciencia, es un problema que no concierne sólo a la filosofía, sino también a la ciencia. Esto debido a los grandes desarrollos y aportes de la neurología, los cuales han puesto en tela de juicio los postulados propuestos por las concepciones dualistas sustancialistas, que apelan a una inteligencia conciente que no es física y que es intangible para las ciencias. Se dice pues, que la mente es una sustancia permanente e independiente del cuerpo, argumento que ha perdido fuerza, una vez que se revisan los informes de la neurociencia, dejando como conclusión que la mente es una entidad sin cualidad de sustancia y que además pertenece al cuerpo, debido a que es vulnerable a sufrir enfermedades y trastornos. Por lo tanto, la conducta humana es sin duda, determinada por la actividad del cerebro.

Así mismo, existe una concepción dualista y otra materialista para estudiar la mente, como también hay otras más o derivaciones de las mismas. Mientras la primera apela a la irreductibilidad de lo mental, la segunda sostiene que la conciencia debe ser reductible. Surgen entonces dos posturas, *la reductivista* y la *no reductivista*. Pero existen también, diferentes concepciones pertenecientes al materialismo reductivista, una de ellas, el *conductismo filosófico* que sustenta que los estados mentales son descripciones de la conducta o disposiciones, caracterizándose además por un verificacionismo que considera faltas de sentido las afirmaciones sobre la vida interna mental, que no pueden ser evidenciadas, por ejemplo, “cuando se habla acerca de emociones, sensaciones, creencias y deseos, no hablamos sobre episodios internos fantasmales, sino que se trata de una forma abreviada de hablar sobre modelos reales y potenciales de *conducta*” (Churchland, 1992:46). Las descripciones mentales, según este criterio conductista, no constituyen descripciones de la porción mental de una persona. Personifican descripciones de su conducta y de sus disposiciones para actuar. Las diferencias en los estados mentales son solamente diferencias en estos patrones de conducta y nada más (Campbell, 1987: 58). En tanto que el conductismo trata de precisar todo tipo de estado mental, únicamente en representaciones de estímulo ambiental y respuesta en forma de conducta, el *funcionalismo* niega absolutamente esta posibilidad. Lo que cuenta en el terreno de lo mental no es la materia de la que está hecha un ser, sino la estructura de las actividades internas que sustentan esa materia.

Volviendo a discernir sobre el materialismo reduccionista, se dice de éste, que es generalmente más conocido como *la teoría de la identidad*; siendo además la más directa de las diversas teorías materialistas de la mente. En ella se definen los estados mentales como estados físicos del cerebro. Por lo que cada tipo de estado o proceso mental es numéricamente idéntico (es una y la misma cosa que) a algún tipo de estado o proceso físico dentro del cerebro o del sistema nervioso central (Churchland, 1992: 50). La conducta humana será pues, explicada a través de los informes expedidos por las neurociencias.

Searle sostiene que nuestra perspectiva del carácter natural y biológico de la conciencia y de otros fenómenos mentales, se encuentra con falta de claridad por causa de nuestra tradición filosófica, que hace de lo mental y de lo físico dos clases recíprocamente excluyentes. Por lo que la salida hay que buscarla en el rechazo tanto del dualismo como del materialismo, admitiendo en cambio, que la conciencia es un fenómeno mental cualitativo, subjetivo, y al propio tiempo, parte natural del mundo físico. La conciencia es pues, un fenómeno natural y biológico; es decir, una parte de nuestra vida biológica, como la digestión, el crecimiento o la fotosíntesis (Searle, 2000: 13).

Searle sostiene entonces, que la conciencia es parte natural del mundo físico, de modo que deja de concebirla como una entidad independiente del cuerpo, tal como lo sostiene el dualismo. La conclusión de este transcurso sería un sistema únicamente físico cuya conducta es el resultado de su funcionamiento interno y de sus relaciones con el resto del mundo físico. Y esencialmente aquello de lo que se ocupan las neurociencias que son esas operaciones internas que controlan la conducta (Churchland, 1992: 53). La conciencia es un fenómeno natural y biológico que no casa confortablemente con ninguna de las categorías tradicionales de lo mental y lo físico. Se origina por microprocesos de nivel inferior que se dan en el cerebro y es un rasgo del cerebro en los niveles macro superiores. Para aceptar este “naturalismo biológico”, como me gusta llamarlo, hay que empezar por abandonar las categorías tradicionales (Searle, 2000: 14).

Finalmente se puede observar que a las neurociencias aún les falta un extenso camino por transitar, pero los avances efectuados hasta el momento le facilitan alentar grandes esperanzas al teórico de la identidad, pero si hay que tener claro y recordar constantemente lo que Searle deja dicho al enunciar que el mayor estorbo filosófico que se atraviesa en el camino de una noción satisfactoria de conciencia, es nuestra obstinada aceptación de un conjunto de categorías obsoletas, a las que adhiere una colección de presupuestos heredados de nuestra tradición religiosa y filosófica: porque al aceptar al dualismo es olvidar toda la concepción científica alcanzada gracias a los grandes avances científicos, que difícilmente se han formado durante los últimos siglos.

Mientras tanto, Parfit sostiene que es posible hablar de identidad personal sólo en procesos de continuidad física y psicológica, de modo que analiza la problemática sobre la identidad personal, y presenta ejemplos de casos o historias de ciencia ficción, para demostrar que los argumentos que sostienen lo que creemos ser, no corresponden con lo que somos, o mejor dicho aún: *no somos lo que creemos ser*. Con respecto a los ejemplos e historias de ciencia ficción presentados por Parfit, algunos críticos señalan que el uso de la ciencia ficción en filosofía, es poco tomada en cuenta, pero Parfit aclara que esos casos son expuestos con el objetivo de despertar poderosas creencias; además de persuadir que la identidad tiene que ser determinada, e identificar ciertas creencias falsas sobre nosotros mismos, porque al considerar esos casos descubrimos lo que pensamos que está implicado en nuestra propia existencia continua, o qué es lo que nos hace a nosotros ahora y a nosotros el año que viene la misma persona (Parfit, 2004: 373). Básicamente lo que persigue, es discutir la tesis referente a la naturaleza de la identidad personal, y fiel a su postura reduccionista, muestra la tesis que versará más sobre la importancia de la supervivencia de los estados psicológicos. Finalmente concluye y sostiene que lo que importa es la relación R: conexividad y/o continuidad psicológica (Parfit, 2004, p.396).

## **1.2. El criterio físico de identidad personal**

Al comienzo de su discernimiento sobre la identidad personal, Parfit señalará y explicará la distinción entre la identidad cualitativa y la identidad numérica, explicando que hay dos clases de igualdad o identidad. El primer tipo de identidad hace referencia a la igualdad existente entre dos objetos; por ejemplo, dos bolas de billar blancas guardan una relación de igualdad por el hecho de ser del mismo color y de un tamaño y forma igual, por lo tanto, son cualitativamente idénticas, pero si él toma una de las dos bolas y la pinta de rojo, entonces esa bola blanca ya no será cualitativamente idéntica con ella misma, porque ahora será de color rojo, pero sí

será numéricamente idéntica porque aunque ya no es roja, sigue siendo la misma bola; es decir, seguirán siendo una y la misma bola. De igual forma, las dos clases de igualdad o identidad pueden ser observadas en personas; como por ejemplo, un sujeto después de sufrir un accidente deja de ser la misma persona:

Esta afirmación acerca de los tipos de identidad. Decimos de *él*, la misma persona, *no* es ahora la misma persona. Esto no es una contradicción. Simplemente queremos decir que el carácter de esta persona ha cambiado. Esta persona numéricamente idéntica es ahora cualitativamente diferente (Parfit, 2004: 375).

Posteriormente Parfit arguye que aunque la principal preocupación es nuestra identidad numérica, los cambios generados en el área psicológica también son importantes, porque ciertas clases de cambios cualitativos destruyen la identidad numérica. Dicha afirmación nos hace comprender porque Parfit considera que la identidad personal no es lo que importa, sino la conexividad y la continuidad psicológica, pero dicho aspecto será abordado posteriormente.

Una manera de poder distinguir entre la identidad numérica y la identidad cualitativa, es a través de la revisión del caso del sujeto que es teletransportado, el cual es presentado por Parfit con tal intención y versa de la siguiente forma:

Entro en el teletransportador. Ya he estado antes en Marte, pero nada más que por el viejo método, un viaje en nave espacial que dura varias semanas. Esta máquina me enviará a la velocidad de la luz. Solo tengo que apretar el botón verde [...] ¿Funcionará? Cuando apriete el botón, perderé la conciencia y luego despertare con la impresión de que sólo ha transcurrido un momento. En realidad habré estado inconsciente durante casi una hora. El escáner aquí en la Tierra destruirá mi cerebro y mi cuerpo, mientras registra los estados exactos de todas mis células. Entonces transmitirá esta información por radio. Viajando a la velocidad de la luz, el mensaje tardará tres minutos en llegar al replicador en Marte. Éste creará entonces, partiendo de materia nueva, un cerebro exactamente como los míos. Será en ese cuerpo en el que me despertaré [...] Aprieto el botón. Como se me pronosticó, pierdo la conciencia y aparentemente la recobré enseguida, pero en un cubículo diferente. Examinado mi nuevo cuerpo, no encuentro ningún cambio en absoluto [...] Pasan varios años

durante los que soy teletransportado con frecuencia. Estoy otra vez en el cubículo, listo para otro viaje a Marte. Pero esta vez cuando aprieto el botón verde, no pierdo la conciencia. Se escucha un zumbido, y luego el silencio. Salgo del cubículo y le digo al asistente: “No funciona. Que hice mal?” “Si que funciona”, contesta, y me da una tarjeta impresa. Leo: “El nuevo escáner graba un cianotipo de Usted mismo sin destruir su cerebro ni su cuerpo. Esperemos que sepa apreciar las oportunidades que este avance técnico ofrece”. El asistente me cuenta que soy una de las primeras personas que usan el nuevo escáner. Añade que si me quedo una hora podré usar el intercomunicador para verme y hablar con migo en Marte. “Un momento, contesto,” “Si estoy aquí no puedo estar también en Marte. Alguien tose con mucha cortesía, un hombre de bata blanca que me pide hablar en privado conmigo. Nos vamos a su despacho, me dice que me siente, y hace una pausa. Luego dice: “Me temo que tenemos problemas con el nuevo escáner. Graba su cianotipo con la misma perfección y exactitud, ya podrá comprobar cuando se vea y hable consigo mismo en Marte, pero me parece que resulta nocivo para el sistema cardiaco cuando lo explora. A juzgar por los resultados que hemos tenido hasta ahora, aunque estará Usted en Marte con una salud perfecta, aquí en la Tierra tiene que esperar un ataque cardiaco en los próximos días”. Después me llama el asistente por el intercomunicador. En la pantalla me veo a mí mismo justo igual que en el espejo por las mañanas. Pero hay dos diferencias. En la pantalla no aparece mi imagen invertida de derecha a izquierda. Y mientras que aquí estoy sin decir palabra, puedo ver y oír como empiezo a hablar, en el estudio de Marte. Como mi Réplica sabe que estoy a punto de morir, trata de consolarme como los mismos pensamientos con los que hace poco intenté consolar a un amigo moribundo [...] Mi Réplica entonces me asegura que seguirá con mi vida donde yo la dejé. (Parfit, 2004: 371-374).

Al momento de exponer el criterio físico de identidad personal, Parfit formula tres preguntas para guiar el debate o la problemática existente a través del tiempo con respecto a la naturaleza, tanto de las personas, como de la identidad personal. Dichas preguntas servirán de ayuda:

- (1) ¿Cuál es la naturaleza de una persona?
- (2) ¿Qué es lo que hace que una persona en dos momentos temporales diferentes sea una y la misma persona?
- (3) ¿Qué está necesariamente implicado en la existencia continua de cada persona a través del tiempo?

La respuesta a la primera cuestión, se refiere al hecho de que para ser una persona, un ser tiene que ser autoconsciente, consciente de su identidad y de su experiencia

continua a través del tiempo. Mientras que en la respuesta dos se constituyen las condiciones necesarias y suficientes para la identidad personal a través del tiempo.

Pero se puede hacer una distinción entre la identidad de objetos físicos y la identidad de una persona. En los objetos físicos el criterio de identidad a través del tiempo, es la continuidad física espacio-temporal de ese objeto<sup>3</sup>. Sin embargo, Parfit explica que hay ciertas cosas que continúan existiendo aunque su continuidad física conlleve grandes cambios, como por ejemplo, la mariposa pasa por diferentes fases para llegar a constituirse como tal, o bien, cuando una bola de billar blanca es pintada de color rojo. Con respecto a la identidad de una persona, desde esta concepción, lo que hace que una persona sea la misma a través del tiempo, es que tenga el mismo cerebro y el mismo cuerpo; porque el criterio de la identidad a través del tiempo, es debido a la continuidad física a través del tiempo, tanto del cerebro como del cuerpo. La persona entonces seguirá existiendo si tiene un cerebro y un cuerpo y ambos permanecen viviendo como el cuerpo y el cerebro de una persona viva. Este criterio es explicado de la siguiente manera:

El criterio físico: (1) lo que resulta necesario no es la existencia continua del cuerpo entero, sino la existencia continua de bastante cerebro como para ser el cerebro de una persona viva. X hoy es una y la misma persona que Y en un momento pasado si y sólo si (2) suficiente cerebro de Y sigue existiendo, y es ahora el cerebro de X, y (3) esta continuidad física no ha tomado una forma *ramificada*. (4) la identidad personal a través del tiempo consiste justamente en que se den hecho como (2) y (3) (Parfit, 2004: 379).

Se puede observar claramente como el criterio físico de identidad deja claro que para continuar existiendo no es necesaria la existencia continua de todo el cuerpo, sino la permanencia del cerebro completo, necesaria para ser el cerebro de una persona viva. Consecuentemente, los partidarios del criterio físico concebirán más el escaneo de la persona como una forma de morir.

---

<sup>3</sup> Tiene que ser cierto que hay una línea a través del espacio y el tiempo que comienza donde estaba la bola blanca antes de que yo hiciera mi jugada ganadora y que termina donde está ahora la bola roja que en cada uno de los puntos de esta línea hubo una bola de billar, y que la existencia de una bola en cada uno de los puntos de la línea fue en parte causada por la existencia de la bola en el punto inmediatamente precedente (Parfit, 2004: 377).

### **1.3. El criterio psicológico de identidad personal.**

Como se ha podido observar, los cambios físicos son determinantes en la identidad, pero también los cambios psicológicos atañen. Esto debido a que ciertas clases de cambio cualitativo eliminan la identidad numérica.

Llegado a este punto, es importante recordar la respuesta a la primera pregunta, en donde se señala la necesidad de que un individuo posea autoconsciencia y consciencia de su identidad y de su pasado, para que asimismo pueda tener estatuto de persona. Podrá ocurrir que un individuo deje de tener identidad numérica consigo mismo, sin embargo, puede seguir conservando su identidad cualitativa. Tal es el caso del teletransportador, en el que Parfit sostiene que ser destruido y replicado, es como el continuar vivo y en supervivencia. Por lo tanto, comienza a plantearse que la identidad personal, no sólo la determina la continuidad numérica, sino que los cambios psicológicos (identidad cualitativa) también importan. Entonces el criterio psicológico tiene menos parecido a la continuidad física, debido a que no consiste en la existencia continua de una entidad, pero implica sólo hechos que nos son familiares (Parfit, 2004: 380).

En el criterio psicológico lo que se enfatiza más es la continuidad de memoria, porque de lo que se trata de recordar aquí, es que la memoria es la que permite a la mayoría de las personas que sean conscientes de su propia existencia continua a través del tiempo. Parfit presenta como una excepción de la continuidad de memoria, a las personas que sufren de amnesia, ya que éstas pierden sólo sus recuerdos del pasado; es decir, sus recuerdos experienciales<sup>4</sup>. Pero sin embargo, recuerdan otros eventos y recuerdan cómo hacer diversas actividades, como comer y hablar. La memoria experiencial Locke la consideró como el elemento determinante que proporciona el criterio de identidad personal. Ante tal

---

<sup>4</sup> Parfit llama también a los recuerdos de experiencias pasadas, como los recuerdos experienciales (Parfit, 2002:380).

planteamiento, Parfit considera que esto no puede ser una tesis veraz, pero no obstante, puede ser una parte indiscutible.

Al momento en que Parfit trata de salvaguardar los recuerdos experienciales argumenta que la afirmación de Locke es claramente falsa cuando sostiene que la memoria está involucrada en la existencia continua de una persona. Locke atestigua que ninguna persona puede haber cometido un crimen siempre y cuando tenga recuerdo de haberlo hecho. Motivo por el cual, Parfit considera que tomada una concepción sobre lo que está involucrado en la existencia continua de una persona, la afirmación de Locke es claramente falsa (Parfit, 2004: 380).

Para salvaguardar entonces el criterio de memoria experiencial y ampliarlo además, recurre al concepto de una cadena parcialmente superpuesta de recuerdos experienciales, el cual se explica de la siguiente manera:

Digamos que, entre X hoy e Y hace veinte años, hay conexiones directas de memoria si X puede acordarse ahora de haber tenido algunas de las experiencias que tuvo Y hace veinte años. Según la concepción de Locke, sólo esto es lo que hace a X e Y la misma persona. Pero aunque no haya esas conexiones directas de memoria, puede haber continuidad de memoria entre X ahora Y hace veinte años, si entre X ahora e Y en aquel entonces ha habido una cadena parcialmente superpuesta recuerdos directos (Parfit, 2004: 381).

Con lo anteriormente explicado y revisado, Parfit anula la objeción a la tesis de Locke, así como también, propone revisar sus tesis para hacer referencia a otros hechos. La continuidad de memoria es entonces el elemento que permite que pueda seguir existiendo identidad en una persona, actualmente y en sus años anteriores. Porque aunque no haya conexiones directas de memoria, ha habido una serie parcialmente colocada de recuerdos directos.

Al momento de continuar con los diversos tipos de conexión psicológica, define dos relaciones generales, las cuales son las siguientes:

Conexividad psicológica: es el tener lugar de conexiones psicológicas directas y concretas.

Continuidad psicológica: es el tener lugar de cadenas parcialmente superpuestas de conexividad fuerte.

De ambas relaciones generales, la conexividad la considera más importante en referencia a lo teórico como en lo práctico. Puede entonces ocurrir que la conexividad se presente en cualquier grado. Es posible consiguientemente, que entre X hoy e Y ayer existan varios miles de conexiones psicológicas directas, o de hecho, sólo una conexión. Pero si llegase a ocurrir que hubiera sólo una conexión, X e Y no serían, la misma persona –afirma Locke según su tesis-. Puesto que la conexividad es una cuestión, no es posible definir convincentemente con exactitud qué cuenta como suficiente. Sin embargo, podemos decir que hay conexividad suficiente si el número de conexiones directas, durante cada día, es como mínimo la mitad del número que se da, durante cada día, en la vida de casi toda persona real. Entonces para que X e Y sean la misma persona, deberá de haber durante cada día las suficientes conexiones psicológicas directas. Finalmente Parfit explica que cuando hay suficientes conexiones directas, tenemos lo que llamo conexividad fuerte. En dicho discernimiento, Parfit se pregunta ¿podríamos tener en esta relación el criterio de identidad personal? De manera que explica lo siguiente:

Una relación F es transitiva si se cumple que X está F- relacionada con Y, e Y está F-relacionada con Z, X y Z tienen que estar F- relacionadas. La identidad personal es una relación transitiva si Bertie fue la misma persona que el filósofo Russell, y Russell fue la misma persona que el autor de por qué no soy cristiano, ese autor y Bertie tienen que ser la misma persona (Parfit, 2004: 382)

Así mismo después, Parfit indica que la conexividad fuerte no es una relación transitiva. Por ejemplo, una persona puede en este momento encontrarse vigorosamente conectada a sí misma en el día de ayer, asimismo también, fuertemente conectada así misma hace dos días, del mismo modo hace tres días, y así periódicamente. Pero sin embargo, no se sigue que se esté ahora fuertemente conectado a sí misma hace veinte años, situación que es difícil que ocurra. Es

entonces difícil tener recuerdos pasados de hace veinte años debido a que hay muchas menos conexiones psicológicas directas. Se puede tener recuerdos de experiencias que se tuvieron el día anterior, sin embargo, hay pocos recuerdos de experiencias de hace veinte años.

Se concluye que como la conexividad fuerte no es transitiva, no puede ser el criterio de identidad, porque el criterio de identidad personal a través del tiempo es referido a lo que esta identidad necesariamente implica, o a aquella en lo que consiste (Parfit, 2004: 383). Porque la identidad es una relación transitiva, entonces el criterio de identidad debe ser también una relación de la misma manera. Finalmente se puede decir que una persona es la misma que hace veinte años, aunque actualmente no esté fuertemente conectada a sí misma en este momento.

Son tres versiones del criterio físico, las cuales se contraponen en la cuestión de cuál es la clase correcta de causa. Mientras que en la versión *restringida*, tiene que ser la causa, en la versión *amplia* podría ser cualquier causa confiable, y en la versión *amplísima*, la causa podría ser cualquiera.

Así mismo, Parfit señala que el criterio restringido utiliza las palabras en su sentido corriente. Esto con la finalidad de poder recordar haber tenido una experiencia sólo si:

- 1) Parece que recuerdo haber tenido una experiencia.
- 2) Tuve esa experiencia,
- 3) Mi recuerdo aparente es causalmente dependiente, del modo normal, de esta experiencia pasada.

Versión restringida  $\implies$  causa normal

Versión amplia  $\implies$  cualquier causa confiable

Versión amplísima  $\implies$  podría ser cualquiera

Según el criterio psicológico restringido, aunque el carácter de una persona cambie radicalmente, hay continuidad de carácter si estos cambios tienen una de las diversas causas normales posibles. Ciertos cambios de carácter se llevan a cabo premeditadamente; otros a la edad; mientras que otros se presentan debido a experiencias. Sin embargo, no habría continuidad de carácter si se produjeran cambios radicales y no deseados debido a interferencias anormales, como por ejemplo, la manipulación directa del cerebro (Parfit, 2004:384). Posteriormente afirma Parfit, que a pesar de que la memoria es la que permite que haya conciencia de la propia experiencia continua en el tiempo, sin embargo los otros tipos de continuidad poseen bastante importancia, de manera que es posible concebir que guardan la necesaria importancia para permitir la identidad personal a pesar del abandono de la memoria.

Por el motivo anterior, Parfit defiende lo que Locke negó: según una persona continúa existiendo aunque padezca una amnesia completa. En el sentido corriente de recuerdo, el recuerdo debe tener su causa normal; mientras que los dos criterios psicológicos amplios buscan un sentido amplio de *recuerdos*, que favorezca o una causa confiable o cualquier causa.

Con la finalidad de simplificar la discusión de los tres criterios, Parfit, usa el término de continuidad psicológica en su sentido más amplio, para permitir que esta continuidad tenga cualquier causa. Pero si recurrimos a la versión restringida, que insiste “en la causa normal, el criterio psicológico coincide en la mayor parte de los casos con el criterio físico” (Parfit, 2004:385).

Se puede observar entonces, que la versión restringida que insiste en la causa normal, el criterio psicológico coincide en la mayor parte de los casos con el criterio físico; porque finalmente las causas normales del recuerdo implican la existencia continua del cerebro. La existencia continua del cerebro de una persona será pues, como mínimo, parte de la causa normal de la continuidad psicológica. Pero Parfit observa que el criterio físico sostiene que una persona sigue existiendo si y sólo existe suficiente cerebro de una persona como para que continúe siendo el

cerebro de una persona viva. Además de que no haya habido ramificación en esta continuidad física. Ambos aspectos son las condiciones necesarias y suficientes para la identidad de la persona o para su existencia continua a través del tiempo.

Pero desde el criterio psicológico restringido, es necesaria la existencia de suficiente cerebro de una persona para que continúe siendo el cerebro de una persona viva, pero no es suficiente, ya que una persona sigue existiendo si y sólo si hay continuidad psicológica, esta continuidad tiene su causa normal, y no ha tomado una forma ramificada (Parfit, 2004:385). Finalmente, para dejar aún más claro el aspecto anterior, Parfit reconsidera el comienzo de su historia imaginaria, en donde destruían su cerebro y su cuerpo. A través del escáner y el replicador se produce una persona que tiene un nuevo cerebro, además de un nuevo cuerpo que son justamente idénticos, que es psicológicamente continua con el mismo, tal y como él era cuando apretó el botón verde. La causa de esta continuidad es, aunque inusual, fiable. Desde el criterio físico y el criterio psicológico *restringido*, mi replica no sería yo. Según el criterio *amplio*, sería yo (Parfit, 2004:385).

Llegado a este momento, Parfit rescata otro elemento que considera también importante, como lo es la identidad personal, pero que además no tiene causa normal. De manera que presenta un caso que reside en que los científicos se encuentran creando unos ojos artificiales presentados en lentes y hechos de cristal o de plástico, y que funcionan con un microordenador que manda mediante el nervio óptico señales eléctricas semejantes a las que manda por vía de ese nervio un ojo natural. Por lo tanto, cuando esos ojos artificiales se encuentran más avanzados, lograrán ofrecer a las personas invidentes, imágenes visuales como las que tenían antes de perder la visión. La persona a la que se le instalen estos ojos tendrá la sensación de ver y las imágenes corresponderán a lo que hay a su exterior. Dichas experiencias visuales serán posibles gracias a las ondas luminosas que provienen de las cosas que están al frente.

Ante tal situación, Parfit se pregunta ¿estaría viendo la persona esos objetos? Como respuesta explica que no, si se piensa en que ver tiene que implicar la causa normal. Porque aunque la persona no pueda ver, esos ojos artificiales le producen una experiencia muy grata como si en realidad viera. Esto puede ser visto

igualmente como una experiencia placentera. Si la continuidad psicológica no tiene causa normal, puede que proporcione identidad personal, pero podemos afirmar que aún así, lo que proporciona es tan bueno como la identidad personal (Parfit, 2004: 386).

Parfit afirma que una tesis rival es que la identidad personal no es lo que importa y asimismo defiende que lo que importa es la relación R: conexividad y/o continuidad psicológica, con la clase correcta de causa” (Parfit, 2004:396). Aquí se puede observar la manera en que deja claro que la identidad personal no es lo que importa, porque si lo que importa es la identidad personal “en el caso de la línea secundaria” en donde la persona que fue tele transportada, ella y su réplica serán dos personas distintas, pero va a morir, mientras que su réplica vivirá cuarenta años más. Como la identidad personal es lo que importa, este caso equivale a considerar dicha situación mala, o como la muerte misma. Pero en la tesis donde la identidad personal no es lo que importa, entonces lo que importa es la R, con cualquier causa, este cambio o forma de morir puede aceptarse armónicamente como el sobrevivir. Al momento en que Parfit finaliza el análisis anteriormente visto, presenta las siguientes conclusiones que defenderá:

- 1) No somos entidades que existan separadamente, a parte de nuestros cerebros y de nuestros cuerpos, y de diversos sucesos físicos y mentales interrelacionados. Nuestra existencia conlleva sencillamente la existencia de nuestros cerebros y de nuestros cuerpos, y el llevar a cabo nuestros actos, y el pensar nuestros pensamientos, y la ocurrencia de otros sucesos físicos y mentales determinados. Nuestra identidad a través del tiempo no implica otra cosa que (a) la R –conexividad psicológica y/o continuidad psicológica- con la clase correcta de causa, dando por hecho (b) que esta relación no adopta una forma “ramificada”, dándose entre una persona y dos personas futuras diferentes.
- 2) No es cierto que nuestra identidad sea siempre determinada. Siempre puedo preguntar, “¿Estoy a punto de morir?”. Pero no es cierto que, en

todo caso, esta pregunta tenga que tener una respuesta que tenga que ser Sí o No. En algunos casos sería una pregunta vacía.

- 3) Hay que explicar dos unidades: la unidad de consciencia en un momento dado, y la unidad de una vida completa. Ninguna de ellas puede explicarse afirmando que diferentes experiencias son tenidas por la misma persona. Tienen que explicarse describiendo las relaciones entre esas numerosas experiencias, y sus relaciones con el cerebro de una persona en cuestión. Y podemos referirnos a estas experiencias, y describir por completo las relaciones que se dan entre ellas, sin afirmar que son tenidas por una persona.
- 4) La identidad personal no es lo que importa. Lo que fundamentalmente importa es la relación R, con cualquier causa. Esta relación es lo que importa aunque, en un caso en que una persona esté R-relacionada con estas dos personas, la relación R no proporcione identidad personal. Hay otras dos relaciones que pueden tener alguna importancia: la continuidad física y la similitud física. (Hay personas, las que son muy bellas, para las que la similitud física puede tener gran importancia.)

#### **1.4. Como no somos lo que creemos**

Como se ha podido observar, en el caso del teletransporte en el cual se está a punto de morir, pero mi Réplica vivirá otros cuarenta años, aquí la concepción natural, fiel a su tesis de que la identidad personal es lo que importa, sostendrá entonces, que el caso del teletransporte es una perspectiva tan mala como la muerte normal. Por otro lado, está la tesis opuesta que sostiene que la identidad personal no es lo que importa; tesis con la cual Parfit finalmente defiende que lo que importa es la R: conexividad y/o continuidad psicológica, con la clase correcta de causa.

### 1.4.1. El espectro físico.

Aquí son esbozadas una variedad de situaciones posibles que implican todos los diferentes niveles de continuidad física. En los casos o situaciones expuestas, Parfit presenta un caso que ubica en el *extremo cercano*, donde se encuentra una persona que sería completamente continua conmigo como yo soy ahora, físicamente y psicológicamente. Mientras que en el caso situado en el *extremo lejano*, presentará después una persona que sería psicológicamente pero no físicamente continua conmigo, tal y como soy en este momento. Parfit da como ejemplo del caso *extremo lejano*, el caso del teletransporte. El ejemplo del caso *extremo cercano*, es un caso normal de la existencia continua.

Al momento de exponer el caso *extremo cercano*, presenta un caso que se le aproxima y que trata sobre unos científicos que reemplazarían el 1% de las células de mi cerebro y de mi cuerpo con copias iguales. En el caso de *la mitad del espectro*, sustituyeran el 50%, y en caso próximo al extremo lejano, reemplazarían el 99%, dejando únicamente el 1% de mi cerebro y mi cuerpo original. De manera que en el extremo lejano, la sustitución implicaría la destrucción completa de mi cerebro y mi cuerpo, así como la creación desde la nueva materia orgánica de una Replicación mía. Aunque los primeros pocos casos en esta gama son posibles incluso ahora, la mayoría de los casos seguirían siendo imposibles. Pero tal imposibilidad será una imposibilidad numéricamente técnica (Parfit; 2004: 427). Asimismo también, Parfit explica que esta gama de casos cuestiona el criterio físico, que es otra versión de la concepción reduccionista. En los diferentes casos de esta gama que ocupa una posición central, Parfit infiere que en la pregunta ¿Estoy a punto de morir? Carece de respuesta, porque no se puede saber entonces si la persona resultante seré yo, o será alguien distinto pero exactamente como yo. Dicha pregunta no la considera como una pregunta real, la cual tenga que tener una respuesta. Esto consiste en una cuestión vacía, porque no existe aquí diferencia real entre que la persona resultante sea yo, o que sea alguien distinto.

Pero si se seguimos pensando que mi replica no sería yo, -dice Parfit- nos encontramos obligados a aceptar que tiene que haber un porcentaje crítico. No obstante, sabemos previamente que en cada caso, la persona resultante pensaría que ella es yo. Lo cual no demostraría que ella es yo. Llevar a cabo esos casos no daría la respuesta a nuestra pregunta. Porque si no aceptamos la concepción reduccionista y seguimos creyendo que nuestra identidad tiene que ser determinada ¿qué debemos decir de estos casos? Si seguimos asumiendo que mi replica no sería yo, nos vemos forzados a aceptar la conclusión siguiente: tiene que haber un *porcentaje crítico* tal que, si los cirujanos reemplazan menos que ese tanto por ciento, seré yo el que se despierte, pero si reemplazan más que ese tanto por ciento, no seré yo, sino sólo alguien distinto que es simplemente como yo.

Finalmente, Parfit considera que con respecto al caso del extremo lejano, lo que es importante no es sólo que el cerebro y el cuerpo de mi replica estén compuestos enteramente de materia nueva, porque las cosas son diferentes en este caso debido a que no hay continuidad física, puesto que mi cerebro y mi cuerpo son completamente destruidos y sólo después los científicos crean mi Replica a partir de materia nueva. El aspecto de primordial importancia en esta gama de casos, es el observar que es difícil hablar de una Réplica mía, debido a que ya no hay continuidad física porque mi cerebro y mi cuerpo fueron totalmente destruidos.

#### **1.4.2. El espectro psicológico.**

Los casos expuestos aquí admiten todos los grados posibles de conexividad psicológica. En el caso perteneciente al extremo lejano, un cirujano oprimiría al mismo tiempo muchísimos interruptores, lo cual ocasionaría que no existan conexiones psicológicas entre yo mismo y la persona resultante. La persona sería totalmente como Napoleón. Mientras que en los casos situados en el extremo cercano, el cirujano solo oprimiría unos cuantos interruptores. Pero si apretara sólo el primer interruptor, sencillamente me haría perder pocos recuerdos aparentes

que concuerdan en la vida de Napoleón. Algo parecido ocurre con los cambios de mi carácter, por lo que estos serían los únicos cambios que se producirían si se apretaran los dos primeros interruptores.

Parfit tiene entonces que decidir en esta versión revisada del argumento -la cual consta de casos diferentes- cuáles son los casos en los que yo sobreviviría. En los casos en los que se pierden sólo unos pocos recuerdos y se tendrían pocas ilusiones -está claro dice Parfit- que yo sobreviviría. De esta manera también considera que es difícil creer que yo sobreviviera en uno de estos casos, pero que en el siguiente, yo dejara de existir. De tal forma que sostiene lo siguiente:

Que siga existiendo no podemos pensar convincentemente que dependa de si pierdo sólo unos cuantos recuerdos más, y tengo unos pocos recuerdos ilusorios más, y de si mi carácter ha cambiado de algún modo mínimo. Si ninguno de estos cambios pequeños podría hacer que dejase de existir, yo seguiría existiendo en todos esos casos. Seguiría existiendo incluso en el caso situado en el extremo lejano del espectro. Pero, en ese caso, entre mí mismo ahora y la persona resultante *no* habría conexiones psicológicas (Parfit, 2004: 422).

Williams concluye en que si sigue existiendo mi cerebro, y sigue siendo el cerebro de una persona viva, yo seré esa persona. Entre lo cual se encuentra implícito el argumento de que todos los rasgos psicológicos de una persona dependen de los estados de las células de su cerebro.

### **1.4.3. El espectro combinado.**

En este apartado Parfit vuelve a considerar otra gama de casos posibles que envuelven las variaciones posibles en los grados de conexividad tanto física como psicológica. En el *extremo cercano* de este espectro se halla el caso normal donde una persona futura sería del todo continua conmigo como soy ahora, tanto física como psicológicamente. Mientras que en el *extremo lejano* de este espectro, la

persona resultante no poseería continuidad conmigo como soy en este momento, ni física, ni psicológicamente. Considerando por lo tanto lo siguiente:

Estos casos proporcionan, creo yo, un poderoso argumento a favor de la concepción Reduccionista. Una vez más, el argumento asume que nuestros rasgos psicológicos dependen de los estados de nuestro cerebro. Supongamos que la causa de la continuidad psicológica no fuese la existencia continua del cerebro, sino la existencia continua de una entidad que existe separadamente, como por ejemplo un Ego cartesiano (Parfit, 2004: 431).

De modo que si la causa de la continuidad psicológica fuera mediante la existencia continua de una entidad que existe separadamente, como un Ego cartesiano, se podría afirmar que si se realizan esas operaciones, los resultados no serían como los que se han explicado, porque a pesar de que se sustituya una gran cantidad del cerebro de alguien con células diferentes, la persona resultante sería justamente como la persona original. Asimismo también, Parfit explica que habría un porcentaje crítico, o un segmento del cerebro, de manera que si se reemplaza se socavaría totalmente la continuidad psicológica. Finalmente en uno de los casos de esta gama, el portador de la continuidad acabaría de existir, o de tener relación con este cerebro. Desde este enfoque psicológico, la persona resultante sería completamente distinta de la persona original, debido a que nuestros rasgos psicológicos obedecen a los estados de nuestro cerebro, estos casos imaginarios son solo técnicamente impuestos (Parfit, 2004: 432).

Parfit se pregunta entonces ¿cuáles son los casos en que yo seguiría existiendo? para después decir que no sería posible encontrar la respuesta llevando a cabo verdaderamente en mi y otras personas, operaciones como las que hemos imaginado. En tanto que la pregunta “¿la persona resultante sería yo?” tiene que haber siempre una respuesta, que tiene que ser sencillamente, sí o no. Por lo que nos veríamos obligados a aceptar las afirmaciones siguientes:

En algún lugar de este espectro, hay una línea divisoria nítida. Tiene que haber un conjunto crítico de células reemplazadas y un grado crítico de cambio psicológico, que supondrían toda la diferencia. Si los cirujanos reemplazan una cantidad ligeramente menor de esas células, y producen un cambio psicológico más pequeño, seré yo el que se despierte. Pero si reemplazan las pocas células de más, y producen un cambio psicológico más, yo dejaré de existir, y la persona que se despierte será alguien distinto. Tiene que haber tal par de casos en algún lugar de este espectro, aunque no pudiera haber ninguna evidencia de dónde están estos casos (Parfit, 2004:433).

Para Parfit las afirmaciones arriba descritas son difíciles de creer, ya que es difícil de creer que la diferencia entre la vida y la muerte pueda consistir tan sólo en una de las pequeñísimas diferencias descritas arriba. Por lo que se inclina a pensar que hay constantemente una diferencia entre que una persona futura sea yo, y que sea alguien distinto. Entonces será difícil también creer que tenga que existir una línea divisoria nítida en alguna parte del espectro, sin embargo, aunque de ningún modo fuéramos hábiles para contar con ninguna señal de donde se encontraría esa línea. Algunos dirían que si nunca va haber tal evidencia, carece de sentido afirmar que en algún lugar tiene que encontrarse esa línea.

Posteriormente sostiene que aunque tenga sentido la afirmación I y 2 puestas en conjunto, son justamente poco persuasivas, de tal forma que llega a la conclusión de que son menos convincentes que la única posible conclusión que queda es la concepción Reduccionista (Parfit, 2004: 433).

Mientras tanto, algunos no-reduccionistas estarían de acuerdo en que, en ese caso, no existen dos posibilidades. Creen que en el caso del teletransporte, mi Réplica lograría tener un cuarto de las células existentes en mi cerebro y mi cuerpo, o la mitad, o tres cuartos. De manera que en esos casos no existen dos posibilidades diferentes: que en mí Réplica sea yo, o que sea alguien distinto que es simplemente como yo. Porque consiste en descripciones del mismo resultado.

Si pensamos —dice Parfit— que existe constantemente una diferencia real entre que una persona sea yo y que sea alguien distinto, tenemos que creer que esta diferencia llega en algún lugar de esta gama de casos (Parfit, 2004: 439). Por lo tanto, debe de existir una línea divisoria nítida, aunque nunca se pudiera saber

dónde se localiza. Dejando claro que esta creencia aún es menos convincente que la concepción Reduccionista. Esta concepción nos indica que en los casos centrales del Espectro combinado, sería una pregunta vacía con respecto a si la persona resultante sería yo. Este espectro facilita un poderoso argumento a favor de esta concepción.

Con respecto al caso de los clubes<sup>5</sup>, Parfit piensa que aunque exista una diferencia entre identidad numérica y similitud exacta, a veces no hay tal diferencia, porque en la pregunta ¿Es él mismo, o, simplemente, exactamente igual? Es a veces vacía. Por lo que sería verdadero o al final o en el medio del espectro físico. Es difícil de creer que esto pudiera ser verdadero cuando me imagino a mí mismo a punto de apretar el botón verde, es difícil de creer que no haya una pregunta real relativa a si estoy a punto de morir, o en cambio despertaré de nuevo en Marte. Pero como he defendido esta creencia no puede justificarse a no ser que la identidad personal implique un hecho adicional (Parfit, 2004: 440).

Concluye entonces Parfit en que la única forma de que se pueda dar ese hecho adicional, es sólo que yo sea una entidad que existe aparte de mi cerebro y de mí cuerpo, porque una entidad tal, es un Ego Cartesiano y como he afirmado, no hay ninguna evidencia a favor de esta tesis, y sí mucha evidencia en contra de ella (Parfit, 2004: 440).

### **1.5. Por qué nuestra identidad no es lo que importa.**

Para poder abordar este dilema o responder a esta pregunta, Parfit recurre a la observación de los casos de las mentes divididas. Señala los casos de algunos

---

<sup>5</sup> En el caso de las naciones, o en el de los clubes, semejante asunción es falsa. Dos clubes podrían existir al mismo tiempo, y ser, aparte de sus miembros, exactamente iguales. Si soy miembro de uno de esos los clubes, y tú dices que también eres miembro, yo podría preguntar ¿Eres miembro de exactamente el mismo club del que yo soy miembro? ¿O eres simplemente miembro del otro club, que es exactamente igual? No es esta una pregunta vacía, pues describe dos posibilidades diferentes. Pero aunque haya dos posibilidades en el caso en que dos clubes coexistan, puede que no haya estas dos posibilidades cuando discutimos la relación entre un club que exista en el presente y un club pasado, no había dos posibilidades en el caso que describí en la sección 79. En este el caso no había nada que justificase la afirmación de que tenemos exactamente el mismo club ni la de que tenemos un club nuevo que es, simplemente, exactamente igual. En este caso no se trata de dos posibilidades diferentes (Parfit, 2004: 437-438).

medios recientes que ofrecen una evidencia impresionante que favorece a la concepción Reduccionista. Debido a que los seres humanos tenemos un cerebro inferior y dos hemisferios superiores, los cuales se encuentran conectados por un haz de fibras, al atender a algunos pacientes que presentan problemas de epilepsia severa, los cirujanos han hecho una escisión en esas fibras. La finalidad de esto no era más que disminuir el riesgo de los ataques epilépticos corroborando sus causas a un sólo hemisferio. Con dicho tratamiento se consiguió lo que se buscaba, sin embargo, las operaciones presentaron otra secuela no prevista. “El efecto, en palabras de un cirujano, era la creación de dos esferas de consciencia” (Parfit, 2004: 441). Pero varias pruebas psicológicas mostraron este resultado. Dichas pruebas hacían uso de dos hechos. El brazo derecho es controlado con el hemisferio izquierdo, y así viceversa. Mientras que con respecto a la vista, se ve lo que se encuentra en la mitad derecha del campo visual con nuestro hemisferio izquierdo y se ve lo que se encuentra en la mitad izquierda del campo visual con nuestro hemisferio derecho.

Para poder comprender un poco mejor este caso, Parfit presenta un ejemplo también ficticio. Es el caso en que he sido proveído con un dispositivo que puede bloquear la comunicación entre ambos hemisferios. Debido a que el dispositivo se encuentra conectado en mis cejas, puedo controlarlo por mí mismo. Al momento en que levanto una ceja puedo fragmentar mi mente. En cada mitad de mi mente dividida puedo después, bajando una ceja reunificarla. Un ejemplo práctico del tal proceso es el siguiente:

Mi examen de Física. Estoy en un examen, y me queda sólo quince minutos para responder a la última pregunta. Se me ocurre que hay dos maneras de abordarla, pero no estoy seguro de cuál es más probable que tenga éxito. Por eso tomo la decisión de dividir mi mente durante diez minutos, para que cada mitad de ella trabaje en uno de los dos cálculos, y después reunificarla para redactar una copia en limpio del mejor resultado. ¿Cómo será la experiencia? (Parfit, 2004: 444).

Una vez desconectados ambos hemisferios, mi corriente de conciencia queda dividida. No obstante, la división no se puede experimentar. De manera que cada una de las dos corrientes de conciencia parece haber sido directamente continua con mi única corriente de conciencia hasta el momento de mi división. Al momento de terminar el examen se reunifica mi mente. Parfit se pregunta entonces ¿qué debo esperar que ocurra en cada corriente? Porque de pronto me dará la impresión de recordar haber trabajado en dos cálculos, y que trabajando en cada uno de los dos no fui consciente de trabajar en el otro. Porque además se puede decir que al describirse este caso queda implícito que hubo dos series separadas de pensamiento y sensaciones. De tal forma que Parfit comienza a llegar a la conclusión de que es un hecho que las personas con los hemisferios desconectados tienen dos corrientes de conciencia separadas, y dos series de pensamiento y de experiencias. De modo que al momento de tener una no tienen conciencia de tener la otra. Es posible llegar a pensar que la historia mental de una persona no tiene por qué ser como un canal con un solo cauce, sino que podría ser como un río que de vez en cuando tiene corrientes separadas (Parfit, 2004: 445).

Otro resultado afirma que no es una persona con una mente dividida o con dos mentes, sino que más bien son dos personas distintas que comparten el mismo control de la mayor parte de un mismo cuerpo, pero cada una de ellas controlando en exclusiva un brazo. De manera que Parfit tampoco aquí piensa que esto plantee una cuestión real porque se trata otra vez de dos formas de describir el mismo efecto. Será posible pensar entonces que estos casos implican a más de una persona solamente en los casos en los que la división es permanente. Pero es difícil de aceptar esta creencia una vez considerado mi imaginario Examen de Física, puesto que en el existen dos corrientes de conciencia durante sólo diez minutos. Se plantea entonces lo siguiente: vamos a suponer que durante esos diez minutos yo dejo de existir y dos personas nuevas vienen a la existencia, y que entonces cada una de ellas se pone a trabajar en los cálculos. Ante lo cual responde que según esta exégesis, todo este caso consta de tres personas, de las cuales dos poseen vidas que duran únicamente diez minutos, pensando además equivocadamente que ellas son yo, teniendo también recuerdos aparentes que pertenecen exactamente con mis

propios recuerdos. Al pasar diez minutos yo poseo evocaciones aparentes fieles de las vidas de cada una de estas dos personas. Finalmente Parfit sostiene que es difícil de creer que este episodio envuelve a tres personas completamente distintas.

### **1.5.1. ¿Qué es lo que explica la unidad de conciencia?**

La tesis de que la unidad psicológica se explica por la propiedad, explica la unidad de conciencia de una persona en un momento dado, adjuntándole diferentes experiencias a esa persona en calidad de sujeto de experiencias. Porque lo permite la unidad a estas diferentes experiencias es que están siendo tenidas por la misma persona.

Se pregunta Parfit ¿qué es lo que unifica estas diferentes experiencias? La tesis descrita arriba, nos dice que la respuesta es que estas son las experiencias que son tenidas por mí en este momento. Pero él considera que la respuesta es incorrecta debido a que no estoy teniendo en mí otra corriente de conciencia diferentes experiencias, ya que necesitamos explicar la unidad de la conciencia en el interior de cada una de mis dos corrientes de conciencia, o en cada mitad de mi mente dividida. De manera entonces, que no es posible explicar estas dos unidades afirmando que todas esas experiencias están siendo tenidas por mí en este momento (Parfit, 2004: 448).

Pero si suponemos —dice Parfit— que continuamos pensando que la unidad debe darse a entender agregando distintas experiencias a un único sujeto, por lo tanto debemos de pensar que este caso consta como mínimo de dos sujetos de experiencias. Porque lo que unifica a las experiencias en la corriente que controla mi mano izquierda es que todas ellas están siendo tenidas por un sujeto de experiencias, ocurriendo lo mismo en la corriente que controla mi mano derecha. Entonces debemos ahora de dejar la tesis de que el sujeto de experiencias es la persona. Puesto que es difícil de creer que yo sea alguno de los dos por la

semejanza de mis dos corrientes de conciencia, deberíamos concluir probablemente que yo no soy ninguno de estos sujetos de experiencias. Por ende, el episodio completo involucra a tres de tales entidades. Y dos de ellas no puede decirse que sean de la clase de entidad con la que todos estamos habituándonos, una persona (Parfit, 2004: 448).

Se pregunta posteriormente Parfit ¿acaso explicamos la unidad de estas experiencias afirmando que todas ellas están siendo tenidas por el mismo sujeto de experiencias, y que éste es una entidad que no soy yo? Ante lo cual responde que esta explicación no es creíble. Porque si este sujeto de experiencias no es una persona, ¿qué clase de cosa es? Decir que es un Ego cartesiano, no es posible decir esto. Entonces este sujeto de experiencias no puede considerarse que sea un Ego semejante porque no es yo, y este caso sólo implica a una persona. Dado lo anterior, se vuelve a preguntar Parfit si puede ser este sujeto de experiencias un sub-ego cartesiano, una entidad puramente mental que es simplemente parte de una persona. Argumentando finalmente que es posible decidir que no tenemos razones suficientes para creer que tales cosas existen. La creencia de que la unidad es explicada por la propiedad, es una creencia que Parfit deja claro que es falsa:

Hay quienes creen que la unidad se explica por la propiedad, aunque niegan que seamos entidades que existen separadamente. Opinan que lo que unifica la experiencia de una persona en un momento dado es el hecho de que estas experiencias están siendo tenidas por esa persona. Como hemos visto, en este caso imaginario esta creencia es falsa (Parfit, 2004: 449).

Considera entonces esto falso debido a que cuando estoy teniendo un grupo de experiencias en la corriente que controla mi mano derecha, igualmente estoy teniendo otro conjunto en la corriente que controla mi mano izquierda. No podemos explicar la unidad de ningún conjunto de experiencias afirmando que son las experiencias que estoy teniendo yo en este momento, puesto que esto combinaría los dos conjuntos. Mientras que la concepción Reduccionista nos dice

que lo que unifica mis experiencias en la corriente que controla mi mano derecha es que hay, en un momento dado, un único estado de conciencia de estas diversas experiencias. Es decir, que existe un estado de conciencia de poseer ciertos pensamientos, de sentir el calambre del escritor y de oír el ruido de un bolígrafo escribiendo. Al mismo tiempo, hay otro estado de conciencia de las diversas experiencias en la corriente que controla mi mano izquierda. Mi mente está dividida porque no hay un único estado de conciencia de estos dos conjuntos de experiencias. Puede objetarse que estas afirmaciones no explican la unidad de conciencia en cada corriente, sino que sólo la vuelven a explicar.

Los Reduccionistas sostienen pues, que no existe nada más que esté implicado en la unidad de conciencia en un momento determinado debido a que es posible que haya un estado de conciencia de varias experiencias. No se requiere justificar esta unidad adscribiendo estas experiencias a la misma persona, o sujeto de experiencias. Considera Parfit importante reformular otras partes de la concepción Reduccionista, afirmando que:

Como adscribimos pensamientos a pensadores, es cierto que existen los pensadores. Pero los pensadores no son entidades que existan separadamente. La existencia de un pensador nada más que conlleva la existencia de su cerebro y de su cuerpo, la realización de sus actos, el pensar de sus pensamientos, y la ocurrencia de ciertos otros sucesos físicos y mentales. Podríamos, por consiguiente redescibir la vida de una persona en términos impersonales. Al explicar la unidad de esta vida, no tendríamos necesidad de afirmar que es la vida de una persona concreta. Podríamos describir lo que en momentos diferentes, se pensó, se sintió, se observó y se hizo, y la manera en que estos diversos sucesos estuvieron interrelacionados. Las personas sólo se mencionaran aquí en las descripciones del contenido de muchos pensamientos, deseos, recuerdos, etc. No tenemos necesidad de afirmar que las personas son los sujetos pensantes de cualquiera de estos pensamientos (Parfit, 2004: 451).

Fiel a su anticartesianismo, Parfit concluye en que es posible testificar que un determinado suceso mental ocurre dentro de una vida en virtud de sus relaciones

con muchos otros sucesos mentales y físicos, los cuales, al encontrarse interrelacionados, componen esta vida.

### **1.5.2. ¿Qué es lo que ocurre cuando me divido?**

Otra manera de poder explicar que la identidad no es lo que importa, sino más bien lo que importa es la R: conexividad y/o continuidad psicológica, es continuar mostrando casos reales de mentes divididas. Parfit presenta el caso de dos gemelos idénticos, en el cual ambos han sufrido lesiones severas. Uno sufrió lesiones en todo su cuerpo, pero no en su cerebro. El otro sufrió lesiones en su cerebro, pero no en su cuerpo. Sin embargo, gracias a los avances de la neurocirugía, no es posible que esas lesiones les ocasionen la muerte a ambos gemelos. Entonces, entre los dos se tiene un cerebro sano y sin lesiones y un cuerpo sano. Se hará por lo tanto una extracción del cerebro, manteniéndolo vivo al conectarlo a una máquina que haga las veces de corazón y de pulmones artificiales, siendo además también mantenido con vida con la conexión con el corazón y los pulmones del cuerpo del gemelo. Pero considera Parfit que lo que evita tal procedimiento, es que los nervios del cerebro sano no podrían ser conectados a los nervios del cuerpo sano del otro gemelo. De tal forma que ese cerebro podría sobrevivir si se trasplantará a ese cuerpo sano, pero la persona resultante sería parálitica. No obstante, si resultara que los neurocirujanos pudieran conectar el cerebro a los nervios del cuerpo de su gemelo, la persona resultante no tendría parálisis alguna y gozaría de total salud. Aquí se pregunta Parfit ¿quién sería entonces esa persona? Por lo tanto, aunque la persona resultante sería psicológicamente continua con ella no tendría su cuerpo anterior. Pero hay que recordar que el criterio físico no debe requerir la existencia continua de la totalidad del cuerpo, porque si todo mi cerebro sigue existiendo y continúa

siendo el cerebro de una persona viva, que es psicológicamente continua conmigo, yo sigo existiendo (Parfit, 2004:455)<sup>6</sup>.

Es importante tener presente que no existe justificación alguna para creer que ser trasplantado en un cuerpo totalmente distinto evitaría la continuidad psicológica.

Para continuar respondiendo a las cuestiones referentes a la identidad personal, Parfit recurre a la operación imaginada por Wiggins, en donde su cerebro es dividido y cada mitad se coloca en un cuerpo nuevo. Cada una de esas personas resultantes, tendrá aparentes recuerdo de su vida y además su carácter. Este caso versa de la siguiente manera:

Mi división. Mi cuerpo resulta fatalmente herido, como también los cerebros de mis dos hermanos. Me dividen el cerebro, y cada mitad se trasplanta con éxito al cuerpo de uno de mis hermanos. Cada una de las personas resultantes cree que es yo, parece recordar haber vivido mi vida, tiene mi carácter, y es de todas las demás maneras psicológicamente continua conmigo. Y tiene un cuerpo que se parece mucho al mío (Parfit, 2004: 457).

Parfit considera que este caso demuestra y proporciona un argumento adicional contra la tesis de que somos entidades que existen separadamente, llegando a la conclusión principal, que informa que la identidad personal no es lo que importa. Una vez que cada mitad de mi cerebro sea trasplantado con éxito al cuerpo muy parecido de uno de mis dos hermanos, entonces las dos personas resultantes serán desde el punto de vista psicológico, totalmente continuas conmigo como soy ahora. Se pregunta aquí Parfit ¿qué es lo que me ocurre? Ante tal pregunta se plantea cuatro posibilidades:

---

<sup>6</sup> Parfit explica que cuando hay un trasplante de cerebro en el cuerpo de alguien, podría parecer que la persona a la que le pertenece el cerebro es el donante muerto, pero en realidad es el receptor y el superviviente (Parfit, 2004: 455).

- (1) No sobrevivo
- (2) Sobrevivo como una de las dos personas
- (3) Sobrevivo como la otra
- (4) Sobrevivo como las dos

En la primera posibilidad podría decirse que mientras mi cerebro sea trasplantado con éxito, es posible que yo sobreviva. Porque la gente ha sobrevivido con la mitad de su cerebro destruida. Pero se pregunta Parfit ¿cómo puedo dejar de sobrevivir si la otra mitad fuese también trasplantada con éxito? y ¿cómo podría un doble éxito ser un fracaso? Si probablemente yo sea una de las personas resultantes, nos lleva esto a un problema porque cada mitad de mi cerebro es exactamente igual y por lo tanto, lo será cada persona resultante. Ahora le surgen las siguientes interrogantes ¿cómo puedo sobrevivir como sólo una de las dos personas? ¿qué es lo que puede hacerme una de ellas en vez de la otra?

A partir de estas interrogantes es que puede presentar su justificación para defender que lo que importa es la relación R: conexividad y/o continuidad psicológica. Si se asume que la identidad es lo que importa, entonces no es posible la primer posibilidad (no sobrevivo), ni tampoco son (2) (3). Quedando la cuarta posibilidad, en donde se sobrevive como las dos personas resultantes.

Han quedado descartadas las tres primeras posibilidades quedando sólo la cuarta posibilidad, de manera que Parfit la descubrirá de diferentes maneras. Lo que se ha llamado “las dos personas resultantes” no son dos personas, son una persona. Sobrevivo a esta operación y su resultado es que me dio dos cuerpos y una mente dividida. Esta afirmación no es posible descartarse porque como sostuvo anteriormente: debemos admitir la posibilidad de que una persona pudiera tener

una mente dividida. Si esto es posible cada mitad de mi mente dividida podría controlar su propio cuerpo (Parfit, 2004: 459)<sup>7</sup>.

Supongamos que admitimos que los dos “productos” son lo que parecen ser dos personas diferentes ¿Podríamos afirmar aún que yo sobrevivo como los dos? Hay otro modo en que podríamos. Yo podría decir: Sobrevivo a la operación como dos personas diferentes. Pueden ser personas diferentes y sin embargo ser yo, del mismo modo que las tres coronas del papa forman juntas una corona (Parfit, 2004: 460).

Considera entonces Parfit, que esta afirmación es también lógica, pero sin embargo, distorsiona enormemente el concepto de persona, ya que es difícil creer que dos personas juntas, sean una tercera persona. Después de discutir varias opiniones referente al resultado de mi división, Parfit concluye en que todas esas opiniones implican a una única persona, un dúo, un trío, dos de cuyos integrantes forman el tercero, y un quinto. Pero todas ellas traen consigo grandes distorsiones en el concepto de persona, por lo que entonces debemos rechazar la cuarta posibilidad sugerida: la afirmación de que, de alguna manera, yo sobrevivo como las dos personas resultantes.

De tal forma que si soy un Ego particular, esto explica cómo puede ser cierto que una de las personas resultantes sea yo. Siendo además también cierto que sea en el cerebro y en el cuerpo de esta persona donde este Ego específico recuperó la conciencia. Pero para que esto sea una buena objeción, Parfit considera lo siguiente:

Que esta sea una buena objeción depende de cuál es la relación entre nuestros rasgos psicológicos y los estados de nuestros cerebros. Como he dicho, tenemos evidencia concluyente de que el portador de la continuidad psicológica *no es indivisible*. En los casos reales en que se han desconectado los hemisferios se produjeron como consecuencia dos seres de pensamiento y sensaciones. Estas dos corrientes de conciencia

---

<sup>7</sup> Parfit considera que a pesar que no puede refutarse como inconcebible, este caso conlleva una gran distorsión de nuestro concepto de persona (Parfit, 2004:459).

eran ambas psicológicamente continuas con la corriente original. La continuidad psicológica ha adoptado por tanto, en varios casos reales, una forma dividida. Este hecho refuta la objeción que se acaba de dar, y justifica mi afirmación de que, en el caso imaginario de mi división, las dos personas resultantes serían psicológicamente continuas conmigo. Como esto es así, la concepción Cartesiana puede plantearse aquí solo en la versión más dudosa que no conecta el Ego con hecho ninguno, ni observable ni introspeccionable (Parfit, 2004: 464).

En las razones presentadas anteriormente, se pueden observar claramente que Parfit rechaza la idea de que cada uno de nosotros sea realmente un Ego Cartesiano, así como también, que cada persona sea una entidad que existe separadamente, e independientemente de su cerebro y su cuerpo. Una manera de que el problema se sitúe en las diferentes posibilidades, es hacer nuestra la concepción Reduccionista. Porque para ella, las afirmaciones que ha discutido no describen posibilidades distintas de las cuales cualquiera podría ser verdadera, y una tiene que ser verdadera. Las afirmaciones solamente son descripciones distintas del mismo efecto. Tenemos conocimiento del resultado. Sobreviven dos personas futuras, cada una de las cuales ocupará el cuerpo de uno de mis hermanos y será totalmente continua conmigo desde un enfoque psicológico, ya que tiene la mitad de mi cerebro. Si surge la pregunta ¿seré una de estas dos personas, o la otra, o ninguna de las dos? Podríamos decidirnos a dar respuestas a estas preguntas. Pero podría ser cierto que cualquier respuesta posible sería arbitraria (Parfit, 2004: 465).

### **1.5.3. ¿Qué es lo que importa cuando me divido?**

En esta cuestión, Parfit comienza a situar a la continuidad psicológica como el elemento que permite la supervivencia de los estados psicológicos. Considera la división casi tan buena como la supervivencia corriente. Esto debido a que ha sostenido que los dos productos resultantes de la división, o de la operación, serían dos personas diferentes. Se sobreviviría si se encontrara en esta misma relación con

sólo una de las personas resultantes. Pero el problema con la doble supervivencia, es que no se ajusta a la lógica de la identidad (Parfit, 2004: 468). Sostiene también en una explicación de lo que importa, que la clase correcta de causa podría ser cualquier causa.

Los Reduccionistas aceptan la afirmación de que una persona futura va ser yo, si va estar: R- relacionada conmigo como soy ahora y ninguna persona diferente va estar R- relacionada conmigo. Pero si no existe dicha persona distinta, el hecho de que ésta persona futura va ser yo, sólo reside en que la relación R se da entre nosotros. No hay nada más en la identidad personal que el darse la relación R. En casi todos los casos reales, R toma la forma uno-uno. Cuando R toma la forma uno-uno, podemos usar el lenguaje de la identidad. Podemos decir que esta persona futura será esta persona presente (Parfit, 2004: 469). En el caso imaginario en que me divido, R toma una forma ramificada. Yo y las dos personas resultantes no podemos ser la misma persona. Pero si se deja la idea de que la identidad es lo que importa, entonces se puede afirmar que ninguna de las personas resultantes será yo. Entonces estoy a punto de morir.

Mientras creíamos que la identidad es lo que importa, esta afirmación tenía la implicación inverosímil, de que yo debo considerar mi división sin duda tan mala como la muerte corriente. Pero lo inverosímil desaparece si afirmamos en cambio que este modo de morir es casi tan bueno como la supervivencia corriente (Parfit, 2004: 471).

Pero para Parfit no importa tanto la relación de uno a uno, sino más bien los rasgos intrínsecos de la relación (o continuidad psicológica). De manera que si abandonamos la idea de que la identidad es lo que importa, ninguna de las personas resultantes será yo. Entonces como estas dos personas futuras serían diferentes a mi, tendrían continuidad psicológica con migo, y así mismo como estas dos personas futuras no pueden ser como yo, entonces la continuidad psicológica no puede ser el criterio de identidad. Por lo tanto, su relación con cada una de las personas resultantes no puede llamarse identidad. Parfit lo expresa de la siguiente manera:

En el caso en que me divido, aunque mi relación con cada una de las personas resultantes no puede llamarse identidad, contiene lo que fundamentalmente importa. Cuando aquí negamos la identidad, no tenemos necesidad de negar un juicio importante. Como mi relación con cada una de las personas resultantes es casi tan buena como si fuera identidad, puede conllevar la mayoría de las implicaciones corrientes de la identidad. Así, podría decirse que aunque la persona en el cuerpo de Jack no puede merecer en la misma medida que yo castigo o recompensa por lo que haya hecho. Igual que la persona en el cuerpo de Bill (Parfit, 2004: 483).

Parfit finalmente presenta diferentes escenarios de posibles ventajas y desventajas de cuando se realiza una división. Podría ser que una de las cosas buenas que se pueden observar, es que ciertos deseos podrían ser cumplidos por algunas de las personas resultantes; así como también, el ampliar los años de vida, o el dejar de preocuparse por la muerte. Pero podría ocurrir que una de las personas resultante tuviera que cumplir con alguna obligación, o cumplir con una pena. La relación a establecer entre mí mujer con las dos personas resultantes, presentaría también algunos problemas. Todos estos posibles escenarios comienzan a requerir el establecimiento de una moral que responda a las implicaciones o resultados de los casos presentados por Parfit. De tal forma que esto remite a realizar cambios en nuestras ideas morales.

#### **1.6. La concepción Reduccionista y No Reduccionista ante el problema moral.**

Es imprescindible la manera en que Parfit señala que muy pocos autores han hecho la distinción entre ser humano y persona. Pero sin embargo, menciona que el pionero en tal distinción fue Locke al afirmar que un ser humano llega a ser persona sólo cuando es autoconsciente. Para poder explicar esta diferencia o característica, Parfit recurre al ejemplo de un feto; explicando que éste se convierte en ser humano antes del término del embarazo, mientras que un niño recién nacido no es autoconsciente. Como conclusión de tal distinción, afirma que podemos

llegar a pensar que mientras es malo matar a un ser humano, es peor matar a una persona.

Para explicar más nítidamente lo arriba mencionado, podemos exponer el análisis que Parfit hace con respecto al problema moral del aborto desde la concepción *No Reduccionista* y la *Reduccionista*; con las que ha venido discerniendo el problema de la identidad personal. La primera afirma que la existencia es todo o nada, conduciéndonos a pensar que la vida de un ser comenzó a existir desde el momento de la gestación. Mientras que la segunda sostiene que la aparición de la persona se manifiesta en grados; es decir, que no hay existencia de una persona en un óvulo fecundado. De modo que llega a la conclusión de que nadie ha hecho la diferencia entre ser humano y persona; a excepción de los herederos de la tradición filosófica de Locke, ya que definen a la persona como un ser humano que es autoconsciente.

Resulta entonces ineludible la manera en que Parfit nos resalta la importancia de marcar la diferencia entre ser humano y persona, aspecto o diferencia que se puede observar en las ideas presentadas por las dos posturas. La concepción *No Reduccionista* explica que un ser humano es persona desde el momento de su concepción. Señala además que es una profunda verdad que todas las partes de mi vida son por igual partes de mi vida. Yo era en la misma medida yo, aún cuando mi vida hubiera acabado de empezar. Matarme en ese momento es, sencillamente, matar a una persona inocente (Parfit, 2004, p.560-561). Podemos entonces observar que se encuentra implícita la cuestión referente al *yo*. Esta concepción sostiene que ese *yo* ha permanecido siempre desde el inicio de la vida. Pero dar una solución al problema moral del aborto desde tal postura, es buscar una solución de corte metafísico y concibiendo además a la persona desde una perspectiva dualista, en la que vuelve a estar presente la dualidad entre mente-cuerpo: como el hablar de un *Ego* que es permanente e independiente del cuerpo. Todo individuo o producto (feto) no podrá recibir muerte, dado que su *yo* ha estado presente desde su concepción, y estará hasta que cese la vida de todos sus órganos vitales. Solucionar este problema moral desde esta postura es llegar a una solución poco clara y con argumentos totalmente intangibles.

Ahora se pasará a tratar el problema moral mediante las ideas que propone la Concepción Reduccionista, la cual presenta bastantes rasgos de la postura lockeana de persona, donde la mente y la autoconciencia juegan un papel determinante; además de marcar la diferencia entre ser humano y persona. Locke expone su noción de persona de la siguiente manera:

Y es, me parece, un ser pensante inteligente dotado de razón y de reflexión, y que puede considerarse a sí mismo, como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares; lo que tan sólo hace en virtud de su tener conciencia, que es algo inseparable del pensamiento y que, me parece, le es esencial, ya que es imposible que alguien perciba sin percibir que percibe (Locke, 1999: 318).

La autoconciencia es pues, un requisito para que a un sujeto o individuo se le considere como persona, elemento que no es visto por la concepción antes vista.

La noción que propone la concepción Reduccionista, define a la persona como un ser humano que tiene autoconciencia, y que puede dejar de existir antes de que otros de sus órganos vitales mueran: como es el caso de alguna muerte cerebral, o de un caso avanzado de Alzheimer en donde la autoconciencia ha queda dañada y pereció.

En la concepción Reduccionista, el estatuto de persona posee más validez que el de ser humano, porque éste queda solamente como un organismo biológico en donde la importancia no se encuentra en la autoconciencia, sino solamente en el hecho de hay un organismo con vida, sin importar que la conciencia quedó fracturada. En esta concepción, la aparición y desaparición de la persona es de manera gradual, tal como lo expresa Parfit de la siguiente manera:

[...] una persona puede dejar de existir gradualmente algún tiempo antes de que su corazón deje de latir. Ocurrirá así si los rasgos distintivos de la vida mental de una persona desaparezcan gradualmente, cosa que con frecuencia ocurre. Podemos afirmar de modo verosímil que, si la persona ha dejado de existir, no tenemos ninguna razón moral para ayudar a que su corazón siga latiendo, o para abstenernos de evitarlo (Parfit, 2004: 562).

La vida de un ser humano disminuye en valor una vez que ha muerto su condición de persona. Esto por el motivo de que su vida mental también pereció; pero asimismo mientras se es persona, la vida de ese ser humano debe ser respetada y preservada, pero en el caso de un feto que aún no es autoconsciente, la práctica del aborto no resulta tan grave como el darle muerte a una persona que posee autoconciencia. El dignificar y darle más validez a la vida de una persona es un aspecto esencial de la concepción *Reduccionista*.

Los No- reduccionistas sostienen además, que la identidad personal implica un hecho adicional profundo distinto de la continuidad física y psicológica. Entonces es posible decir que ésta es una afirmación defendible en el sentido que sólo este hecho lleva consigo el merecimiento por los delitos pasados, y que si no hay tal hecho, no hay merecimiento (Parfit, 2004: 566). Dicho merecimiento es consiguientemente incompatible con el reduccionismo. Pero entonces, se puede afirmar que de manera defendible la continuidad psicológica lleva consigo merecimientos por los delitos pasados. Piensa Parfit, que tal vez exista algún argumento que resuelva definitivamente esta discrepancia, pero aún no lo ha encontrado. El considerar el hecho de que hay grados de conexividad psicológica, nos puede conducir a otras respuestas o escenarios distintos. Tal aspecto es reflejado en el siguiente caso:

Supongamos que, entre un presidiario ahora y él mismo cuando cometió un crimen haya sólo conexiones psicológicas débiles. Esto usualmente será así sólo cuando alguien es condenado muchos años después de cometer el crimen. Pero podría ocurrir asimismo cuando haya una gran discontinuidad, como en la conversión de un joven Italiano en busca de placeres en San Francisco. Podemos señalar la debilidad de las conexiones psicológicas llamando al presidiario el yo posterior del criminal (Parfit, 2004: 566).

En el párrafo arriba citado, Parfit ha comenzado a traer a cuenta la existencia de un *yo* posterior. Porque si un presidiario debiera ser reformado, o bien detenido preventivamente, esto depende de su estado presente y no de la relación con el

criminal. De manera que surge una pregunta diferente ¿se preocupan los criminales en potencia de tales *yoes* posteriores? Ante esto Parfit afirma que cuando un presidiario está ahora menos íntimamente conectado a sí mismo en el momento del crimen merece menos castigo (Parfit, 2004:567). Pero además, si las conexiones son muy débiles, puede que no merezca ningún castigo<sup>8</sup>.

Esta afirmación trata al *yo* posterior de un malhechor como si fuera un cómplice en su sano juicio. Así entonces, sus merecimientos por haber cometido alguna falta en el pasado, pertenecen al grado de conexividad psicológica entre ella misma ahora, y ella misma cuando cometió el delito.

Al momento de considerar los compromisos, el hecho de la identidad personal entra dos veces, porque tenemos que tomar en cuenta la identidad, así como del que realiza una promesa, como también la de la persona a quien se le hace. Mientras en el caso de la persona que recibió la promesa, cualesquiera implicaciones de la concepción Reduccionista, podrán ser bloqueadas deliberadamente (Parfit, 2004: 568). Podríamos solicitar promesas de la forma: te ayudaré a ti y a todos tus *yoes* posteriores“. Pero si las promesas que se hacen adquieren esta forma, no puede sustentarse que posteriormente serán postergadas por un cambio en mi carácter, o por cualquier otro debilitamiento en el resto de mi vida en mi conexividad psicológica.

Podemos considerar algunos sucesos de la vida de una persona en ciertos aspectos como el nacimiento o la muerte. No en todos los aspectos, pero más allá de estos sucesos la persona tiene *yoes* anteriores o posteriores. Pero puede ser sólo uno de la serie de *yoes* el que sea objeto de alguna de nuestras emociones, y al que apliquemos alguno de nuestros principios (Parfit, 2004: 571). Ahora bien, puede replicarse que, a través del procedimiento de distinguir *yoes* sucesivos favorablemente, podríamos librarnos injustamente de nuestros compromisos, o de nuestro justo merecido.

El hecho entonces de establecer una distinción entre ser humano y persona a la manera parfitiana, conduce a hacer un replanteamiento moral con respecto al

---

<sup>8</sup> Esta afirmación puede ofrecer una de las razones por las que tenemos Estatutos de Limitaciones, que fijan periodos de tiempo después de los cuales no podemos ser castigados por nuestros delitos (Parfit, 2004: 567).

aborto y a la eutanasia. Por otro lado, el que las personas posean una serie de *yoes* diferentes en el transcurso de su vida, orilla a establecer compromisos con distintas personas, lo cual también conduce a un dilema moral.

## **CAPÍTULO II**

### **PERSONA Y SER HUMANO**

En el capítulo anterior se pudo observar que Parfit sostiene que no importa la identidad personal, explicando que lo que realmente tiene importancia es la continuidad psicológica. La cuestión mental y lo referente a la autoconciencia, son aspectos que poseen gran valor desde la perspectiva parfitiana. Pero ahora se analizará el valor que tienen dichos elementos en lo referente a la distinción entre persona y ser humano. De este modo, en el capítulo anterior se dejó abierto un aspecto que conduce a una serie de cuestionamientos morales al momento en que Parfit establece la diferencia entre persona y ser humano, esto a partir de la concepción Reduccionista, y al sostener que mientras se posean los rasgos distintivos de la conciencia, se puede hablar de la existencia de una persona; de manera que la aparición de ésta se presenta de forma gradual. Pero para poder continuar con el análisis de las implicaciones éticas ante tales planteamientos, se dará paso a una revisión más rigurosa con respecto a la diferencia entre ser humano y persona, y las implicaciones morales que esto conlleva.

#### **2.1. Diferencia moral entre persona y no persona en la perspectiva ética de Peter Singer**

Diferentes autores parten de la noción de persona<sup>9</sup> desde el planteamiento de Locke, en donde la cuestión de la autoconciencia es determinante, rompiéndose así

---

<sup>9</sup> *Persona* es una palabra sugestiva, proviene del latín en su forma de *persona*, pero también tiene su correspondiente término griego *prósopon*. Este término significaba inicialmente la máscara que llevaba el actor en el drama clásico, y en consecuencia pasó a referirse al carácter que el actor representaba. Durante el Primer Imperio Romano la palabra fue introducida por vez primera en la jerga filosófica por el filósofo estoico Epicteto, que la usó para referirse al papel que uno estaba llamado a desempeñar en la vida. No sólo la misma idea de un papel, sino también la referencia a una tarea que cumplir, apuntan a una interpretación del concepto de persona en términos de un sujeto de relaciones. Este énfasis en la relación es fundamental. Así como la idea de desempeñar un papel está relacionada con el lugar que un ser ocupa más que con la naturaleza de éste, la relación era una categoría considerada, al menos a partir de Aristóteles, como algo que se añadía a un ser, y por tanto, como algo cuya conexión con la sustancia de una cosa era accidental y no esencial. Este

con la sinonimia entre persona y ser humano, ya que una persona no es por definición un ser humano (Singer, 1997: 180). Sin embargo, hay que recordar que comúnmente la palabra “persona” tiene el mismo significado que ser humano; mientras que en aspectos forenses, jurídicos y bioéticos, ambos términos no son considerados como sinónimos. Singer indica un rasgo característico que permite identificar la diferencia entre persona y ser humano, el cual expresa de la siguiente manera:

La mayoría de los autores usan de hecho *persona* para referirse de una manera no ambigua al segundo de los ya mencionados sentidos de la palabra *humano*, es decir, al sentido filosófico de poseer unas características como las de la autoconsciencia y racionalidad; y esto es distinto del sentido biológico del término *humano*, que significa perteneciente a la especie *Homo sapiens* (Singer, 1995: 175).

De manera que al establecer tal diferencia se produce un problema con respecto al estatuto moral que se le da a todo aquel que no entre en la definición de persona y posea sólo las características de humano. Por lo tanto, el término *ser humano* tiene dos sentidos. Uno de ellos hace referencia rigurosamente a la cuestión biológica: un ser humano es un miembro de la especie *Homo sapiens* (Singer, 1995: 237)<sup>10</sup>. El otro sentido hace referencia al hecho de poseer autoconsciencia y racionalidad. Pero como se pudo observar anteriormente, una mejor manera de atender a los dos sentidos que encierra el término ser humano, -para no entrar en confusiones y

---

aspecto de autonomía respecto a un sustrato metafísico definido hizo del concepto de persona un instrumento particularmente útil, y su uso fue notablemente perfeccionado en las controversias teológicas cristianas sobre el dogma de la Trinidad, donde el problema residía en la manera de expresar las relaciones existentes entre Dios y el Mundo (Cristo), y entre estos dos y el Espíritu Santo. El concepto de persona engloba dos nociones antiguas, pero lo hace de una manera moderna. Los requisitos específicos del papel, al igual que los objetivos específicos de la relación, no están presentes: lo que está presente es la idea abstracta de papel y de relación. Y esta es una señal de modernidad [...] En el siglo XVII, el concepto de persona llega a ser identificado con la identidad subjetiva, es decir, con la unidad y continuidad de la vida consciente del yo. Locke define a la persona como “un ser pensante inteligente que razona y reflexiona y puede considerarse a sí mismo como un yo, la misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares”. Incluso Kant, con toda insistencia en la racionalidad, sostiene que el hecho de ser capaz de representarse a uno mismo el propio yo es lo que coloca a las personas infinitamente por encima de todos los seres vivientes de la tierra (Singer, 1995: 176).

<sup>10</sup> Singer señala que en este aspecto es importante reconocer e indicar que se trata de un hecho científico (Singer, 1995 p. 237).

ambigüedades-, es definir al segundo sentido como persona, y al primero como miembro de la especie *Homo sapiens*.

Una vez realizada tal diferencia entre ambos sentidos, es posible decir que más que diferenciarlos, se hace una distinción entre persona<sup>11</sup> y ser humano, porque puede haber individuos que posean sólo las características de ser humano, y no las de persona; mientras que otros posean ambas. En el listado de individuos que pueden considerarse seres humanos sin estatuto de persona, se encuentran por ejemplo, aquellos que tienen algún tipo de demencia, un individuo con muerte cerebral o embriones, etcétera. Esto conduce a las preguntas: ¿acaso existen personas no humanas?<sup>12</sup> o ¿hay otras personas más tangibles que no sean humanas? Peter Singer nos ofrece la siguiente descripción:

Se comunica con la lengua de signos, utilizando un vocabulario de más de 1.000 palabras. También entiende el inglés hablado y a menudo mantiene conversaciones *bilingües*, respondiendo con signos a preguntas realizadas en inglés. Está aprendiendo las letras del alfabeto y sabe leer algunas palabras impresas, incluido su nombre. Ha conseguido puntuaciones de entre 85 y 95 en el test de inteligencia Stanford Binet.

Demuestra una clara conciencia de sí misma al adoptar comportamientos dirigidos a sí misma ante un espejo, como poner caras o examinarse los dientes y al utilizar de forma adecuada el lenguaje autodescriptivo. Miente para eludir las consecuencias de su mal comportamiento y se anticipa a las respuestas de otros a sus acciones. Toma parte en juegos imaginarios, tanto sola como con otros. Ha realizado pinturas y dibujos figurativos. Recuerda y puede hablar de hechos pasados de su vida. Comprende y ha utilizado adecuadamente palabras relacionadas con el tiempo, como *antes, después, más tarde y ayer*.

Se ríe de sus propias bromas y de las de los demás. Lloro cuando se hace daño o se queda sola y grita cuando tiene miedo o está enfadada. Habla de sus sentimientos, utilizando palabras como *feliz, triste, temerosa, alegre, ansiosa, frustrada y frecuentemente amor*. Lloro a

---

<sup>11</sup> [...] sentido filosófico de poseer unas características como las de autoconciencia y racionalidad; y esto es distinto del sentido biológico del término *humano*, que significa pertenencia a la especie *Homo sapiens* (Singer, 1995, p. 175).

<sup>12</sup> Hoy por hoy, los seres humanos son las únicas personas que reconocemos, y reconocemos a casi todos los seres humanos como personas; pero, por una parte, podemos fácilmente considerar la existencia de personas biológicamente muy diferentes —quizá habitantes de otros planetas— y, por la otra, reconocemos condiciones que niegan la cualidad de persona a los seres humanos, o al menos algunos elementos muy importantes de ella (Dennet, 1989:5)

aquellos que ha perdido, un gato favorito que ha muerto, o un amigo que se ha ido lejos. Puede hablar de lo que sucede cuando uno muere, pero se pone nerviosa o molesta cuando le pides que hable de su propia muerte o de la de sus compañeros. Hace gala de una extraordinaria suavidad con los gatitos y otros animales pequeños. Incluso ha expresado simpatía por otros seres que ha visto sólo en fotografías (Singer, 1997: 180).

Esta descripción pertenece al gorila Koko, un animal no humano del cual se tienen pocas dudas de que sea un ser pensante inteligente que razona y reflexiona y se considera a sí mismo sí mismo, el mismo ser pensante en diferentes momentos y lugares (Singer, 1997: 180-181). Por lo tanto, se puede observar que el estatuto de persona no es siempre cualidad única del ser humano, y que un factor o características del ser persona, es el hecho de poseer inteligencia, pensamiento, racionalidad y autoconciencia. Características que poseen también algunos animales como los monos superiores.

La noción de persona adquiere entonces un valor especial en el debate filosófico, porque dicha noción está particularmente bien adaptada a este contexto; además de que *persona* remite a la idea de ser un *locus* de relaciones y un intérprete de un papel en el continuado drama de la vida. Y esto la hace típicamente evaluativa por naturaleza. De aquí que considerar a una entidad como persona es atribuir un tipo especial de valor<sup>13</sup> a esa entidad (Singer, 1995: 178). La racionalidad y la capacidad de representarse a uno mismo es determinante en la concepción y definición de persona, y es lo que le da valor a todo aquel que posea tales características. Esto conduce a observar que no existe mucha diferencia, ni importancia en la distinción moral entre persona y ser humano,<sup>14</sup> pero sin marcar más valor a uno sobre el otro, porque finalmente lo importante es reducir toda

---

<sup>13</sup> Incluso Kant, con toda su insistencia en la racionalidad, sostiene que el hecho de ser capaz de representarse a uno mismo su propio yo es lo que coloca a las personas infinitamente por encima de todos los otros seres vivientes de la tierra (Singer, 1995: 180)

<sup>14</sup> Torralba sostiene que desde la perspectiva ética de Singer, no tiene mucha relevancia la diferencia moral entre persona y no persona, puesto que su ética no se construye sobre esta distinción, sino sobre la experiencia del sufrimiento (Torralba, 2005: 155)

forma de sufrimiento, tanto en una persona humana o no humana. Por ejemplo, cuando se usa a ciertos animales en laboratorios de investigación.

Es importante dejar claro que Singer en realidad no sostiene que los seres humanos que no son personas, al no poseer autoconciencia, racionalidad y reflexión, pierdan valor moral en comparación a ciertos animales como los chimpancés que poseen razón y autoconciencia, porque como dijo anteriormente, lo importante es reducir toda forma de sufrimiento:

Pero, ¿qué importa si un animal no humano es persona o no? En cierto sentido, importa poco. Sean los perros o los cerdos personas o no lo sean, sin duda pueden sentir dolor y sufrir de diferentes modos y nuestra preocupación por su sufrimiento no debería depender de lo racionales o conscientes de sí mismos que puedan ser [...] El adoptar esta nueva visión cambiará para siempre la forma en que tomamos decisiones éticas sobre seres que están vivos y pertenecen a nuestra especie pero carecen de las capacidades que poseen algunos miembros de nuestra especie. ¿Por qué deberíamos considerar sacrosanta la vida de un niño anencefálico y nos creernos con libertad para matar gibones para utilizar sus órganos? ¿Por qué deberíamos encerrar a los chimpancés en jaulas en los laboratorios e infectarlos con enfermedades humanas mortales si nos horroriza la idea de realizar experimentos en seres humanos mentalmente discapacitados cuyo nivel intelectual es similar al de los chimpancés? (Singer, 1997: 181-182).

Entonces, todo ser capaz de sufrir debe recibir indiscutiblemente protección, porque la ética exige la disminución del sufrimiento de otro ser, pero no sólo por el hecho de que estos seres humanos sean personas recibirán tal protección, sino porque además, puede haber miembros de la especie humana que, por su imposibilidad racional y por ser seres desprovistos de autoconciencia, no pueden nombrarse personas y, no obstante, deben ser cuidados en tanto que entes vulnerables a sufrir. Por lo tanto, aquí más que marcar una diferencia entre ser humano y persona, o no persona, Singer señala que por el hecho de ser capaz de sufrir aunque sea un ser humano no persona, debe ser objeto de protección y de reducirle el sufrimiento. Esta postura indica que la vida de los seres humanos no personas, no tiene mucha diferencia con la de ciertos animales como los

chimpancés, o mejor dicho aún, es posible afirmar que los animales que son llevados a experimentar a un laboratorio llegan recibir más sufrimiento que si llevan por ejemplo, a un embrión humano, el cual aún no ha desarrollado su sistema nervioso y por lo cual, no puede experimentar dolor ni sufrimiento. Propone entonces Singer, desacralizar la vida humana y romper con el antropocentrismo que ha estado presente en diferentes posturas filosóficas y éticas.

## **2.2. Personas humanas y personas no humanas en la perspectiva ética de Engelhardt**

Engelhardt ha observado que la asistencia sanitaria se enfrenta a individuos de capacidades diferentes. De manera que este tipo de desigualdades conduce a dilemas éticos y morales. Los seres humanos adultos competentes, tienen una categoría intrínseca moral con mucho más valor, en comparación con la que poseen los fetos humanos, o los niños pequeños. Es por esto que resulta importante conocer la naturaleza de estas desigualdades ampliamente, porque los médicos y los científicos dedicados a la medicina, intervienen de forma muy diferente en la vida de los seres humanos adultos, de los niños, de las criaturas, de los fetos y de los ratones de laboratorio (Engelhardt, 1995: 151), permitiendo además comprender como es que varían las obligaciones morales y el trato a estos individuos con capacidades diferentes. De modo que el autor señala que las personas constituyen la comunidad moral secular, porque tienen conciencia de sí mismas, motivo por el cual es que pueden emitir juicios, escribir, leer libro de filosofía, son racionales, libres de elegir y poseen preocupaciones de índole moral. Entra entonces en este análisis la cuestión de la racionalidad y de la autoconciencia, que son características propias del ser persona, pero ahora indica que para que se pueda formar una comunidad secular moral, se requiere de dichas características, ya que son las personas las que forman tal comunidad.

Posteriormente, Engelhardt observa que al examinar el fundamento de la moral, Kant presentó lo que se podría llamar la gramática de una de las

dimensiones más importantes de pensamiento humano; ya que las entidades racionales y autorreflexivas, únicamente pueden interpretarse a sí mismas coherentemente como entidades morales y responsables (Engelhardt, 1995: 153); porque finalmente nuestro concepto de nosotros mismos como entidades autorreflexivas y racionales, exige que nos consideremos como agentes morales, como personas y como sujetos cognoscentes. De manera que por este motivo es que las personas adquieren un valor más elevado en las discusiones éticas. Engelhardt explica esto de la siguiente manera:

Consiguientemente, las personas destacan como poseedoras de una importancia especial en las discusiones éticas, ya que son entidades que tienen derechos morales seculares de tolerancia y no pueden ser utilizadas sin su permiso. Hay que señalar que esta consideración moral se concentra *en las personas y no en los seres humanos*. El hecho de que una entidad pertenezca a una especie concreta no tiene importancia en términos morales seculares generales, a menos que esta pertenencia dé como resultado el hecho de que esta entidad sea en realidad un agente moral. Esto debe resultar evidente si se reflexiona sobre lo que significa ser un ser humano, perteneciente a una especie determinada (Engelhardt, 1995: 154).

Por ejemplo, al momento de tomar una decisión en cuestiones médicas, es en donde se puede palpar la manera en que es considerada la importancia especial que tienen las personas. Quizá al someter a un tratamiento a un paciente adulto competente, los médicos a cargo de él, le informan acerca de su estado de salud, y le piden su autorización para aplicarle dicho tratamiento, o someterlo a un protocolo de investigación. Mientras que desde la moral secular general, quizá al paciente con muerte cerebral o con un retraso mental severo, no se le interviene de la misma manera que al paciente adulto competente. Es entonces cuando esto torna importancia en las discusiones éticas. El ser humano no persona para ser acreedor de derechos morales seculares de tolerancia, requiere poseer también el estatuto de persona, o sea un agente moral. De modo que aquí el autor hace notar también que el ser persona no es únicamente una cualidad del ser humano, de tal

forma que hay seres humanos no personas. No todas las personas tienen que ser necesariamente seres humanos (Engelhardt, 1995: 155). Así mismo también, no todos los seres humanos son persona, no todos son autorreflexivos, racionales, o tienen la capacidad de constituirse un concepto de la posibilidad de imputar o enaltecer. Engelhardt da ejemplo de seres humanos que no son persona, como los fetos, las criaturas, los retrasados mentales profundos y los que se encuentran en coma profundo. Son entonces estas entidades pertenecientes a la especie humana, sin embargo, no se les otorga un lugar en la comunidad moral secular en sí mismos, ni por sí mismos. Esto debido a que no tienen la posibilidad de culpar o alabar, ni puedes ser sujetos culpados ni enaltecidos; no ocupan una posición primordial en la empresa moral secular porque sólo las personas tienen esa posición. Engelhardt explica esto de la siguiente manera:

El interés por la moralidad provoca la discusión sobre la cuestión de las personas como agentes morales. Se habla de personas con el fin de identificar las entidades que pueden, a su vez, culpar o alabar y, como resultados, pueden representar un papel en el núcleo de la vida moral. Para poder participar en el discurso moral, dichas entidades tienen que reflexionar sobre sí mismas, tienen que ser *autorreflexivas*. Además, tienen que ser capaces de imaginar reglas de acción para sí mismas y para otros, con el fin de imaginar la posibilidad de una comunidad moral. Tienen que ser seres *racionales*. Dicha racionalidad debe incluir una comprensión del concepto de merecimiento de culpa o alabanza: *un mínimo sentido moral* [...] Estas tres características: autorreflexión, racionalidad y sentido moral, identificaran a las entidades capaces de discurso moral (Engelhardt, 1995: 156).

Señala entonces el autor, que dichas entidades al poseer las características de la autorreflexión, racionalidad y sentido moral, se les otorga los derechos y las obligaciones de la moralidad de la dignidad. Además también, se otorga el principio de *permiso*, y su elaboración en forma de la moralidad secular del respeto mutuo, que se emplea únicamente a seres autónomos; es decir, que sólo hace referencia a las personas. La moralidad de la autonomía es la moralidad de las personas. Pero ¿qué se puede decir de los seres humanos no personas, y que no

poseen la capacidad de autorreflexión, racionalidad y sentido moral?, ¿con qué estatuto moral se quedan desde la perspectiva moral de Engelhardt? Debido entonces a que la moralidad de la autonomía es la moralidad de las personas, es que considera el autor que por esta razón es que no tiene sentido hablar, en términos seculares generales del respeto por la autonomía de los fetos, los recién nacidos o los adultos profundamente retrasados que nunca han sido racionales (Engelhardt, 1995: 156), porque no existe ninguna autonomía a la cual poder enfrentarse. De manera que a estas entidades si no se les respeta lo que no poseen y nunca han poseído, no se les quita nada que tenga importancia moral secular general, ya que se hallan fuera del núcleo sagrado de la moralidad. Así mismo también, al tenerse la preocupación por respetar a los agentes morales, se excluye a algunos seres humanos, pero sin embargo, se pueden incluir personas no humanas:

Aunque el hecho de no tratar a un feto o a una criatura como persona en sentido estricto no demuestre una falta de respeto por ese feto o esa criatura en términos seculares generales, el tratar a un pacífico agente moral extraterrestre sin respeto representaría actuar de un modo fundamentalmente inmoral [...] Lo que en términos seculares generales, es importante acerca de nosotros mismos como seres humanos, es el hecho de que seamos personas y no nuestra pertenencia a la especie *Homo sapiens* como tal. La distinción entre personas y seres humanos tiene consecuencias importantes para el modo de tratar de la vida personal humana en contraste con la mera vida biológica humana. Una vez delimitadas claramente estas distinciones se pueden poner al descubierto algunas de las confusiones conceptuales que han plagado los debates morales seculares sobre el aborto<sup>15</sup> (Engelhardt, 1995: 156).

Como se ha podido observar, Engelhardt más que indicar que las personas poseen más valor moral que los *seres humanos no personas*, ha marcado una gran diferencia entre ambas entidades de manera totalmente clara; en donde además, resalta el valor que guarda el estatuto de personabilidad, aún y aunque no se

---

<sup>15</sup> En el contexto de la moralidad secular general, la preocupación es, o debería ser, determinar en qué punto de la ontogenia humana se convierten los seres humanos en personas (Engelhardt, 1995: 156).

pertenezca a la especie *Homo sapiens*; disminuyendo el valor a la especie humana, a no ser que posea la cualidad de ser persona, porque tiene la capacidad de autorreflexión, racionalidad y sentido moral. La especie humana no guarda en sí misma un valor.

Finalmente se llega a la conclusión de que no todas las personas son necesariamente humanas y no todos los seres humanos son personas. Por lo que gracias a esto es que se podrán comprender las obligaciones morales de la asistencia sanitaria, contribuyendo a un mejor desarrollo en la ética médica.

Será de vital importancia establecer la posición moral de las personas y de la mera vida biológica humana, para así mediante esto desarrollar criterios que permitan distinguir entre estas clases de entidades. Además incluso, si las criaturas no son personas en el sentido estricto en el que E. T., existen razones seculares importantes que obligan a concederles derechos especiales (Engelhardt, 1995: 157). Esto con la finalidad de clasificar e identificar las obligaciones debidas a adultos competentes, criaturas, fetos y a personas con graves lesiones cerebrales o con algún tipo de demencia. A partir entonces del tal proceder, se tendrá que enjuiciar la consideración moral de las diferentes categorías de la vida humana.

### **2.3. El concepto de persona en la obra de John Harris.**

John Harris en el desarrollo de su obra se pregunta ¿qué es lo que hace que una persona tenga más valor que otro ser vivo? Cuestionándose además si existen en realidad argumentos de peso para defender esta postura, o si únicamente se trata de una afirmación que no es posible justificar de forma racional. En dicha obra realiza un estudio referente a seres, seres humanos y personas, en el cual proporciona ideas muy enriquecedoras para entender su propuesta de ética médica.

Para este bioeticista, la vida humana no es en sí sagrada, porque la pretensión de salvaguardarla presupone que ésta posee facultades que justifican tal pretensión (Torralba, 2005: 286). Se pregunta entonces ¿qué es lo que hace que

una vida tenga valor? ¿qué es lo que justifica que pueda ser considerada más valiosa que la vida de otra especie? De modo que decide investigar este prejuicio y explorar si existe alguna razón de corte filosófico que propicie sostener esta valoración superior. Siendo así, Harris parte de una constatación la cual se refiere a la consideración de que la vida humana posee más valor que las otras formas de vida, lo que significa que es más digna de respeto, de atención y de protección. Dado esto, el bioeticista se aventura a investigar si esta constatación tiene alguna razón de fondo o se trata simplemente de un prejuicio que se transmite de generación en generación, o de una idea que pertenece a lo que denominamos habitualmente como *el sentido común*. Porque entonces, —sostiene Harris junto con Warnock— si un individuo es o no persona es precisamente la cuestión de si es moralmente importante y particularmente la de si comparte aquella importancia moral que tienen todos los seres humanos adultos. El *informe Warnock* de 1984, publicado por Mary Warnock, es el primer texto ético-jurídico europeo que trata sobre la investigación genética y embriológica, llegando a la conclusión de que la vida humana situada entre el momento de la fecundación y el día catorce después de la misma, no es digna del mismo respeto que la vida que se desarrolla con posteridad a la segunda semana de fecundación (Torralba, 2005: 286). Pero Harris discute este informe debido a que considera que esta aseveración no permite determinar el estatuto ético y jurídico de la persona. Por lo que en su propuesta ética, el otorgar dignidad depende de otros factores.

Para explicar un poco su discernimiento, plantea el siguiente dilema: o una persona comienza a existir cuando comienza a ser capaz de beneficiarse de cosas que se la hagan o se le dejen de hacer, o una persona comienza a existir en el punto en el que el individuo humano en desarrollo se convierte en persona según algún concepto rico de persona (Torralba, 2005: 286). Porque entonces —considera el bioeticista— parece que es posible que las personas puedan beneficiarse de cosas que se les hagan, o se les dejen de hacer en la etapa de gametos, y así parece adecuado decir que la historia vital de un individuo inicia, cuando ese individuo comienza a existir; cuando se constituyen los gametos a partir de los cuales se

desarrollará. Torralba considera que para Harris la historia vital de una persona se desarrolla de la siguiente manera:

No cabe duda de que para Harris la historia vital de una persona empieza antes de que sea considerada, en sentido estricto, persona. Empieza la fase embrionaria. A partir de la fusión del gameto masculino y del gameto femenino, empieza la historia de un individuo que para poderse desarrollar necesitará elementos exógenos de un modo determinante, pero a partir de esa fusión, singamia, empieza, según Harris, la protohistoria de la persona. A ese individuo no le denomina, todavía, persona, pero sí que reconoce que la persona resultante depende, sustantivamente, de esa historia previa (Torralba, 2005: 286).

Se puede observar en lo anteriormente presentado, que el bioeticista llega a establecer el criterio de que la historia vital y previa de una persona comienza antes de que se le otorgue el estatuto de persona, no obstante, reconoce que la persona resultante depende únicamente de esa historia previa. Pero además, se puede reconocer en tal criterio, que Harris no le otorga el mismo valor moral a la etapa embrionaria, con respecto al valor moral que le otorga a la persona, ya que en dicha etapa, a ese individuo no se le reconoce todavía como persona. Sin embargo, por el hecho de que el desarrollo de esa persona depende de esa historia previa, entonces la etapa embrionaria no queda totalmente desprovista de valor en el criterio de Harris.

Llegando aquí, se puede reconocer que Harris parte también de la noción lockeana de persona, pero tratando de ir más allá de la caracterización propuesta por el empirista inglés; así como también de la propuesta de Engelhardt.

Locke sostiene que el requisito para tener el estatuto de personhood consiste en la capacidad de valorar la propia existencia, la capacidad de razonamiento y reflexión. Una persona es —desde su concepción— capaz de valorar su propia existencia, ya que es un animal reflexivo, que dispone de la capacidad de contemplarse a sí mismo, de mirarse en el espejo y de enjuiciar si su existencia tiene o no valor y tomar decisiones consecuentes respecto a esta previa observación (Torralba, 2005: 288). El individuo que aún no se ha constituido como persona, no

está todavía en posibilidad de valorar su propia existencia, ya que no tiene la capacidad para hacer tal valoración. Sin embargo, llegará el momento en que estará en la posibilidad de establecer el valor que posee su propia vida, de manera que podrá encausarla, innovarla e inclusive decidir el término de ella. Una vez que el individuo esté en esas posibilidades, entonces dejará de ser únicamente un individuo de la especie humana para transformarse en una persona.

Es posible observar también que en Harris la condición para ser persona, es ser primeramente un individuo vivo, pero ésta no es una condición suficiente, pues para ser persona se requiere además un individuo capaz de valorar su propia existencia (Torralba, 2005: 288). Cuando se le da muerte a una persona que tiene deseos de continuar viviendo, se comete en ella una injusticia, porque se le ha quitado algo que valora. Por lo que entonces, el individuo que no posee el estatuto de persona y que además no tiene la posibilidad o potencialidad de ser persona, no sufrirá una injusticia porque la muerte no les quitará nada que puedan valorar, sin embargo, esto no agota la injusticia que pudiera cometerse con el infanticidio. Es pues, la persona un ser que puede valorar su propia existencia, mientras que, a su juicio, el individuo humano no es capaz de valorar su estar vivo:

La persona humana, en tanto que ser reflexivo, es capaz de enjuiciar el valor de su existencia y también tiene la capacidad de desafiar los imperativos de la especie y de poner punto final a su vida, si llega a la conclusión de que no merece ser vivida [...] El suicidio es una posibilidad humana que, en el esquema mental de Harris, no es, en sí mismo, moralmente reprobable. Si el sujeto interesado llega a la conclusión, previa valoración de su existencia, de que no merece la pena vivirla o que merece la pena morir por algún tipo de causa de orden social, político, religioso o el que fuere, no puede ser, a su juicio, censurado (Torralba, 2005: 289).

Al individuo o ser humano no persona que se le niega el poder vivir, no se le ha hecho ningún mal, ya que no tiene la capacidad de valorar lo que posee. Dicho individuo no percibe esa muerte como un mal, debido a que no es capaz de reflexionar sobre ello; sin embargo, se le hace un mal, mientras se le quita la vida y la vida es en principio, un bien. Por otro lado, Harris considera que la muerte es un

mal para el que ha valorado su existencia como positiva y por lo tanto desea seguir viviendo. Mientras que para el que hace una valoración negativa, la muerte no constituye un mal, porque significa poner fin a algo que no es aceptable positivamente (Torralba, 2005: 289).

### **2.3.1. Qué significa valorar la propia existencia.**

En el apartado anterior se pudo observar también que el ser humano para ser persona debe poseer las características o capacidades de autoconciencia, razón y reflexión: aspectos que le permiten otorgarle valor a su existencia, y así mismo también, reconocer y evaluarla cuando no tiene sentido continuar con ella. Pero ahora se pasará a analizar que significa particularmente valorar la propia existencia desde el criterio de Harris.

El bioeticista sostiene firmemente que no se puede obligar a nadie a continuar viviendo si no desea vivir, así como tampoco se puede forzar a nadie a morir si tiene todavía deseos de continuar viviendo. Es pues, la valoración a su juicio, un proceso subjetivo e intrapersonal. Uno mismo determina el valor que tiene su existencia (Torralba, 2005: 290). Desde su criterio, él considera firmemente que nadie tiene la capacidad para establecer el valor o sentido de vida, sino que cada persona es soberana en la valoración de su propia existencia. Son entonces los juicios de valor que otras personas emitan sobre la vida de otra persona, los que no tienen ninguna importancia ni validez, porque solamente cuenta la valoración que uno mismo es capaz de darle a su propia vida. El sentido de vida y el valor a la propia existencia, es una cuestión puramente personal e individual. Sin embargo, Harris continúa preguntándose, ¿qué significa valorar la propia existencia? ante lo cual responde lo siguiente:

Cada ser humano valora su existencia según sus propios parámetros personales. Lo que tiene que valorar uno, no necesariamente tiene valor para otro. Según el bioeticista inglés, lo que tenemos en común las

personas es la *capacidad* para valorar nuestra vida, lo que no significa que la valoremos del mismo modo. Lo que hace que la vida de un ser humano sea valiosa depende de sus criterios subjetivos. Valorar la propia vida significa someterla a una comprensión, a la capacidad de crítica y de distanciamiento (Torralba, 2005: 291).

Quizá después de revisarse este criterio la actitud negativa que algunos grupos de personas tienen con respecto al suicidio asistido y ante la petición de la eutanasia cambie. En muchas ocasiones los pacientes en fase terminal llegan a estar bajo el influjo de medicamentos o procedimientos que amplían su tiempo de vida, pero esto los somete a periodos de gran malestar y dolor incontrolable; ante lo cual, los familiares son los que autorizaron tal proceder, ya que quieren que su familiar continúe viviendo a pesar del estado en el que se encuentra. Pero el paciente es el único que experimenta el dolor debido a su enfermedad, por lo que solamente él podrá tomar una decisión con respecto a continuar bajo un tratamiento, o incluso, terminar con su vida, pero no sus familiares. En un escenario como este, es en donde puede entrar en acción el criterio de Harris, o comprenderse aún más la intención del bioeticista con su postura. Porque finalmente lo que se tiene en común entre las personas, es la capacidad para valorar sus propias vidas, aunque los criterios de este ejercicio de valoración son distintos en unas y otras personas. Lo que distingue a la persona es, esta capacidad para valorar su vida, para discernir sobre el sentido que tiene o puede llegar a tener (Torralba, 2005: 291).

Llegando a esta parte, se puede hacer una comparación entre el criterio de Singer con el de Harris. Ambos coinciden en muchos aspectos. No obstante, a pesar de que Singer no se refiere explícitamente a la facultad valorar, sí sostiene que lo que caracteriza a la persona es la capacidad de reflexionar y ver la vida como un conjunto. De modo que los adultos normales y los niños son personas; o sea, son seres autoconscientes y resueltos con un sentido del pasado y del futuro (Torralba, 2005: 292). Dichos seres cuentan con la capacidad de vislumbrar sus vidas como un proceso continuado, tienen conciencia de sí mismos, perciben que perciben, pueden reconocer su presente, pasado y además de proyectarse en un futuro. Debido a esto es que podemos decir que en circunstancias normales valoran, o desean su propia existencia continua, y que la vida entra dentro de sus intereses.

Pero entonces, qué sucede con aquellos individuos que no poseen el estatuto de persona y no tienen la capacidad de reflexionar. Tal es el caso de los infantes o de los fetos, los cuales no tienen los recursos conceptuales para proyectarse en un futuro y para valorar su vida. El criterio de persona propuesto por Harris, conduce a observar que muchos seres humanos quedan fuera de su definición de persona porque no están en la posibilidad de darle valor a su existencia, no pueden decidir si desean o no seguir vivos, ni son capaces de darse cuenta de su condición (Torralba, 2005: 292). La capacidad de valorar la propia existencia es un elemento determinante en el planteamiento de Harris. Una persona pierde su estatuto de personabilidad en la medida que pierde dicha capacidad. Torralba observa lo siguiente:

De ahí se desprende que *ser persona* no es algo estático y permanente, sino mutable en función de la posesión de esta capacidad. La persona que sufre una grave enfermedad de orden mental que no le permite valorar su propia existencia ya no es, de hecho, una persona en el planteamiento de Harris, sino que, como veremos, es una *expersona*, el recuerdo de algo que fue, durante un tiempo, persona, pero ya no lo es porque carece de la capacidad de valorar su propia vida [...] Desde esta polémica concepción antropológica, los seres humanos son personas mientras tienen la capacidad para valorar su existencia. Cuando un ser humano adquiere esta capacidad, se convierte en persona y, del mismo modo, cuando una persona deja de tenerla, deja de ser persona, aunque naturalmente, no deja de ser miembro de la especie humana (Torralba, 2005: 292-293).

La antropología de Harris plantea de igual manera que en Parfit, Singer y Engelhardt, una predisposición a sobrevalorar la cuestión de la autoconsciencia y racionalidad, en donde además la continuidad psicológica, la autoconsciencia y la proyección de un sujeto en el tiempo y en el espacio, construyen los elementos de una noción de persona. Mientras que el excluir a ciertos miembros de la especie humana abre a nuevas preguntas y cuestiones dentro del debate bioético. Pero también se observó en la propuesta del bioeticista inglés, que la cualidad de ser persona no es únicamente exclusiva de la especie humana.

## CAPÍTULO III

### LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: LA EXPERIENCIA DE UNA MUERTE EN VIDA

El Alzheimer permite al corazón del enfermo seguir dando latidos, no se le detiene, y creo que tampoco produce dolor ni devora la carne, pero nos arrebatada dos de las tres potencias del alma y nos deja la tercera malparada y torcida. Nos entorpece y trastorna la razón, ciega y revuelve nuestra memoria y tuerce nuestra voluntad.

Jaime Campmany

Epicuro<sup>16</sup> señala en su epístola a Meneceo, que no hay tampoco motivo para temer a la muerte, porque no es nada para nosotros, puesto que mientras vivimos no está presente, y cuando está presente nosotros ya no estamos. Pero pareciera que la enfermedad de Alzheimer se convierte en una excepción de esta reflexión, ya que aquel que la padece en muchas ocasiones le toca ser consciente de su deterioro mental, y lo que finalmente posibilita la experiencia del sentirse vivo, es la mente. La enfermedad de Alzheimer es pues “la muerte en vida de la persona” La pérdida absoluta de la memoria, de la conciencia de ser. De ser un *ser humano*” (cf. García, 2005: 121).

#### 3.1. Definición.

Se considera comúnmente que la enfermedad de Alzheimer afecta a un número muy importante de la población anciana. Sin embargo, no está ligada directamente y completamente a la vejez. Consiste en un tipo de lesión cerebral orgánica, producida por la destrucción del contacto sináptico<sup>17</sup>. Es definida como un tipo de

---

<sup>16</sup> Epicuro, *Epístola a Meneceo*.

<sup>17</sup>En líneas generales, la sinapsis es la capacidad que tienen las neuronas de generar contactos comunicativos entre unas y otras. Esta capacidad de conexión interneuronal permite, entre otras cosas, traspasar flujos de información de unas a otras mediante complicados mecanismos neurológicos. Estas alteraciones conducen a que los enfermos de Alzheimer suelen padecer serios

demencia<sup>18</sup> que posee las características de ser crónica e irreversible. Nos encontramos pues, ante una enfermedad de la cual su etiología se desconoce, y cuya terapéutica, aunque se está desarrollando de manera importante en los últimos años, resulta todavía a lo sumo paliativa, pero no curativa (García, 2005: 114). La enfermedad de Alzheimer<sup>19</sup> da lugar a tres grupos de síntomas característicos:

- a) Pérdida de la memoria y otras alteraciones cognitivas
- b) Síntomas no cognitivos, entre los que destacan los trastornos psicóticos y afectivos al igual que las alteraciones conductuales
- c) Síntomas neurológicos

---

déficits en su capacidad de expresarse y comunicarse, en su percepción y retentiva memorística, en su praxis conductual y en su actividad motora cotidiana (García, 2005: 161).

<sup>18</sup> La definición de demencia del DSM-IV se basa en un patrón de déficit cognoscitivo. La enfermedad puede ser progresiva, estática o en remisión. La característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede presentar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto (DSM-IV- TS, 2005: 173).

<sup>19</sup> Los orígenes de la identificación de la enfermedad de Alzheimer se remontan, pues, a los comienzos del siglo XX. En los primeros años de este siglo, Alois Alzheimer, cuyo apellido da nombre a esta enfermedad, observó gracias a los avances que durante la segunda mitad del siglo XIX y primera del siglo XX se hicieron de los microscopios de laboratorio, que algunos pacientes con demencia presenil mostraban cambios anormales en sus cerebros (placas seniles y alteraciones neurofibrilares) que podían reconocerse con fiabilidad. Este neuropatólogo describió una posible entidad clínica que años más tarde se la denominó Enfermedad de Alzheimer. Quizá lo que más caracterizaba su trabajo era su capacidad de relacionar los hallazgos microscópicos detectados en cerebros de pacientes fallecidos, con síntomas degenerativos que presentaban durante el curso de su enfermedad antes de su muerte. Estas correlaciones, imbuidas de incertidumbres, hipótesis e intuiciones, hicieron que Alois Alzheimer sentara las bases con las que hoy día cuenta la ciencia a la hora de analizar las causas y efectos fisiopatológicos de esta enfermedad (García, 2005: 125-126). El 26 de noviembre de 1901. Esa mañana, el doctor Alois Alzheimer, director médico del asilo de alienados de Francfort del Meno, examina, como acostumbraba hacerlo todos los días, a los enfermos que ingresaron la víspera. Reclama su atención el caso de una mujer de 51 años de edad, la cual parece perturbada y desorientada. De manera que es ahí es donde comienza el trabajo de Alois Alzheimer basando su descripción histopatológica de los cambios cerebrales de dicha mujer. De manera que el 3 de noviembre de 1906, presenta en una reunión de psiquiatras del sur de Alemania, celebrada en Tubinga el caso de esta mujer que había estudiado desde el punto de vista clínico como anatomopatológico. Nada hacía suponer entonces que la enfermedad descrita por él se convertiría, al cabo de un siglo, en uno de los desafíos más importantes a los que se enfrenta la Medicina, tanto por el creciente número de afectados como por las consecuencias socioeconómicas que plantea (Carrasco, 2004: 7).

### 3.2. Tabla de síntomas y signos

<i>Signos característicos</i>	<i>Síntomas psiquiátricos</i>	<i>Síntomas neurológicos</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pérdida selectiva de la memoria de hechos recientes y pasados</li> <li>-Deterioro de la capacidad de expresarse y de una percepción comprensiva de la realidad correcta (trastornos en la comunicación oral y escrita)</li> <li>-Falta de orientación espacial y temporal.</li> <li>-Falta en la capacidad de concentración</li> <li>-Errores en las tareas manipuladoras complejas</li> <li>-Pérdida del pensamiento abstracto</li> <li>-Fallas en el razonamiento o enjuiciamiento correcto</li> <li>-Cambios de personalidad (ansiedad, depresión, hostilidad, etc.)</li> <li>-Pérdida de independencia para las actividades básicas de la vida diaria.</li> <li>-Problemas de sueño</li> <li>-Cambios imprevisibles de ánimo</li> <li>-Incontinencia urinaria y fecal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteraciones de la personalidad y del comportamiento</li> <li>-Síntomas psicóticos</li> <li>-Cambios afectivos</li> <li>-Trastornos del sueño o de la alimentación</li> <li>-Conducta sexual anómala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aparecen al final de la enfermedad, por lo que no tienen valor diagnóstico, pero sí predictiva.</li> <li>-Extrapiramidales, con una rigidez marcada</li> <li>-Trastorno de la marcha y bradicinesia</li> <li>-Síntomas parkinsonianos</li> <li>-Alteraciones de la deglución y reflejos primitivos de liberación.</li> <li>-Atrofia cortical pérdida sináptica y neuronal (la conexión de neuronas falla)</li> <li>-Placas neuríticas con núcleo amiloide (se refiere al tejido que no sirve)</li> <li>-Marañas neurofibrilares con filamentos helicoides apareados (tejido que no sirve)</li> <li>-Reactantes de fase aguda y reacción inflamatoria localizada (inflamación que causa la pérdida neuronal)</li> <li>Perdida neuronal</li> <li>Placas neuríticas (tejido que no sirve)</li> <li>Alteraciones sinápticas (conexión de neuronas)</li> </ul>

Martin Carrasco considera que la enfermedad de Alzheimer se trata de una enfermedad heterogénea, tanto por la presentación de sus síntomas, como en la evolución de éstos (Carrasco, 2004: 29). Pero para explicar aún más estas características implicadas en tal padecimiento, es importante indicar que otro

elemento fundamental es que el síndrome demencial no consiste en la afectación de una función intelectual aislada, producida por ejemplo, por una lesión neurológica focal, sino que compromete el funcionamiento integral del intelecto. Por lo tanto, es necesario que dos o más áreas cognoscitivas estén afectadas, ya sean la memoria, la atención y el lenguaje.

### **3.3. Alteración de la memoria**

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurológica en la que la pérdida de la memoria es un síntoma característico, aunque no todos los tipos de la memoria están afectados de la misma manera. Se entiende por memoria la capacidad de aprender, almacenar y recuperar información y cualquier tipo de experiencia; incluye por tanto, la capacidad de recordar sucesos concretos, conocimientos y la adquisición de habilidades (Carrasco, 2004: 38). De manera que al tenerse daños a nivel neuronal es que la memoria puede verse afectada por toda una variedad de procesos y enfermedades cerebrales, pero dado que se encuentra formada por diferentes redes neuronales, es frecuente que unos procesos estén afectados mientras que otros permanezcan aparentemente inalterados. La memoria está constituida de diferentes sistemas con afinidad a procesos de aprendizaje diferentes. Se puede entonces distinguir entre memoria declarativa o explícita —que comprenden, a su vez, la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo, que engloba a la memoria episódica y la memoria semántica— y memoria implícita o procedimental.

#### **3.3.1. Tipos de memoria.**

**Memoria de trabajo o memoria a corto plazo:** consiste en la capacidad de retener y utilizar información de forma limitada y durante un breve espacio de tiempo. Se encuentra íntimamente asociada a la

atención y puede evaluarse pidiendo al paciente que repita una serie de números.

**Memoria a largo plazo:** comprende la información duradera, que es necesario evocar para tener acceso a ella, y que el sujeto reconoce, aunque a veces de forma vaga, es decir, sabe que ha estado en contacto con ella anteriormente. Este tipo de memoria puede dividirse en:

**Memoria episódica:** Memoria para acontecimientos personales situados cronológicamente.

- **Anterógrada o reciente:** hechos nuevos o recientes.
- **Retrógrada o tardía:** hechos pasados hace tiempo.

**Memoria semántica:** Memoria permanente del conocimiento teórico sobre hechos, conceptos, palabras y su significado.

Si se clasifica a la memoria en función del tiempo que media entre el estímulo y su rememoración, lo que primero se ve afectado es la capacidad para adquirir y reproducir nuevos conocimientos: memoria Anterógrada o reciente<sup>20</sup> (Carrasco, 2004: 38). Sin embargo, la memoria retrógrada o remota tiende a conservarse más, sobre todos los contenidos autobiográficos, aunque finalmente también se ve alterada. Es importante señalar que existe un declive temporal inverso, de tal forma que lo aprendido antes se recuerde mejor que lo reciente, no obstante, finalmente los recuerdos se van mermando según progresa la enfermedad. La alteración inicial que presenta la memoria semántica en la enfermedad de Alzheimer, no es tan aguda como en la episódica:

Dado que el funcionamiento de este subsistema de memoria requiere la integridad de la formación hipocámpica –universalmente afectada en la enfermedad de Alzheimer–, no resulta extraño que se emplee la observación del hipocampo gracias a técnicas de neuroimagen como un

---

<sup>20</sup> Estudios realizados últimamente parecen indicar que la afectación aislada de la memoria episódica reciente es el déficit neuropsicológico más precoz en la enfermedad de Alzheimer (Carrasco, 2004: 39).

marcador biológico de la enfermedad. Aunque el hipocampo es necesario para el aprendizaje de nueva información ya aprendida. Los conocimientos generales parecen almacenarse en regiones de la corteza asociativa específicas para cada área o dominio de conocimientos. Cuando una de estas regiones se ve dañada, se pierde la información que contiene y el paciente es incapaz de aprender nada nuevo acerca de este tipo de información. Conforme la enfermedad progresa, la memoria semántica se ve afectada, lo cual probablemente refleje la implicación de las áreas correspondientes (Carrasco, 2004: 39).

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza entonces por ser un proceso neurodegenerativo donde se presenta muerte neuronal y disfunción de conectividad sináptica, derivando todo aquello en las conocidas pérdidas graves o difusas de memoria (García, 2005: 167). Se presenta un desorden del comportamiento distinguiéndose por una pérdida de memoria y los constantes problemas para una marcha apropiada. Por lo tanto, se puede determinar que el principal signo patogénico de la enfermedad en un nivel temprano en el fallo de la memoria. Mientras que el fenómeno del olvido, como comúnmente se denomina la imposibilidad total o parcial de recordar algo que se ha aprendido, se percibe hoy, más bien, como una disfunción de almacenamiento, codificación o recuperación de información, más que como un fallo de memoria (García, 2005: 167).

### **3.4. Diagnóstico clínico de la enfermedad de Alzheimer.**

El diagnóstico clínico se realiza a través de la combinación de la historia clínica, la exploración psicopatológica, la exploración física y neurológica y los exámenes complementarios. Dado que el rasgo más característico de la enfermedad es la alteración cognoscitiva, en particular la afectación de la memoria, la exploración psicopatológica debe tenerse pormenorizadamente en la evaluación neuropsicológica (Carrasco, 2004: 29). En términos clínicos la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por un síndrome demencial, es decir, por un detrimento

de las capacidades cognitivas preexistentes, y que tiene repercusiones en la vida cotidiana. El elemento central del síndrome, indispensable para el diagnóstico, es la presencia de un problema en la memoria, al que se designa un problema mnémico, y al que obligatoriamente debe ir asociado por lo menos uno de los trastornos cognitivos, como la afasia (problema del lenguaje), la apraxia (problema de la gesticulación), la agnosia (problema para reconocer objetos) (Campion y Hannequin, 2002: 14), los cuales serán explicados a continuación:

- **Alteraciones en el lenguaje:** La alteración del lenguaje se caracteriza inicialmente por una afasia nominal, o anomia, que es la incapacidad para recordar los nombres de objetos conocidos. La comprensión verbal se deteriora progresivamente desde el principio. El lenguaje se va empobreciendo y la pérdida de vocabulario tiende a sustituirse por paráfrasis<sup>21</sup>. También existe tendencia a repetirse de manera reiterada, como si el paciente olvidara inmediatamente lo que acaba de decir. Este defecto de la repetición permanece hasta las fases postreras, cuando ya aparecen fenómenos típicos como la ecolalia<sup>22</sup> y la palilalia<sup>23</sup>. Al final el paciente se sumerge en un mutismo prácticamente completo (Carrasco, 2004: 40).
- **Alteraciones en las praxias:** se define como un trastorno en la movilidad para la ejecución de actividades voluntarias. Este trastorno neurosensorial se manifiesta en la incapacidad para efectuar movimientos voluntarios, como manipular un objeto, recorrer su contorno, comer, señalar etc. En el caso de los enfermos de Alzheimer, más que padecer apraxias, podríamos decir que padecen *dispraxia* (pues dejan de desarrollar movimientos aprendidos). Las apraxias pueden llegar a imposibilitar al paciente para que realice acciones habituales como peinarse, encender una cerilla, abrir la puerta de casa o coger la cuchara con la mano para comer. Y es que el enfermo de Alzheimer no sólo pierde la capacidad de hacer algo cotidiano, sino la capacidad mental para planificar todos los movimientos necesarios para llevar a cabo una acción concreta (García, 2005: 170).

---

<sup>21</sup> La paráfrasis lo imita sin reproducirlo y muestra de manera objetiva que se ha comprendido la información proporcionada.

<sup>22</sup> Perturbación del lenguaje en la que el sujeto repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco.

<sup>23</sup> Trastorno del lenguaje hablado que consiste en la repetición espontánea e involuntaria de sílabas o de palabras.

- **Alteraciones agnósicas:** son trastornos en el reconocimiento de los objetos sin que existan trastornos sensitivos ni sensoriales. Las áreas asociativas del hemisferio no dominante son las que están afectadas. Las agnosias visuales se dan con mayor frecuencia, de manera que el sujeto es incapaz de reconocer los objetos que se le presentan visualmente; por ejemplo, la prosopognosia es la dificultad para identificar caras, mientras que la anosognosia es la negación o inatención de la propia enfermedad
- **Alteraciones en el pensamiento abstracto:** se explora mediante la búsqueda de semejanzas entre dos conceptos o interpretando refranes. Puede ser alterado en etapas iniciales y se detecta cuando el paciente debe enfrentarse a tareas nuevas y de cierta complejidad, como resolver asuntos financieros o participar en actividades sociales. También resulta afectada de manera precoz la capacidad de juicio o de realizar cálculos matemáticos (discalculia), aunque a la hora de la evaluación debe tenerse en cuenta de manera especial el nivel educativo (Carrasco, 2004: 41).

A manera de conclusión, el cuadro clínico de la Enfermedad de Alzheimer se podría resumir neuropsicológicamente como un síndrome Amnesio-Afaso-Agnoso-Apráxico (A-A-A-A), con trastornos visuo-especiales, visuo-constructivos, de abstracción, de juicio y de orientación temporo-espacial; histológicamente, por la presencia de placas seniles y lesiones neurofibriliales; neuropsiquiátricamente por problemas de ansiedad, depresión, psicosis, delirios, etc., así como por trastornos psicomotores, neurovegetativos y de personalidad (García, 2005: 162).

### 3.5. Características clínicas evolutivas de la enfermedad de Alzheimer

	<i>Estadio I (1-3 años de evolución)</i>	<i>Estadio II (2-10 años de evolución)</i>	<i>Estadio III (8-12 años de evolución)</i>
<b>Memoria</b>	Déficit de aprendizaje, memoria implícita conservada, evocación remota $\pm$ alterada	Evocación reciente y remota muy comprometidas	Deterioro grave, desorientación personal
<b>Habilidades visuospaciales</b>	Atopognosia, dificultad en construcciones complejas	Apraxia constructiva, desorientación espacial	Deterioro grave
<b>Lenguaje</b>	Anomia discreta, disminución	Afasia mixta, pérdida	Ecolalia, palilalia, logoclonia, disartria,

	de la fluencia, perseveraciones	de comprensión	mutismo
<b>Praxias</b>		Apraxia ideomotora, pérdida de espacio especular	Apraxia geométrica, asomatognosia
<b>Cognición</b>	Pérdida de introspección	Acalculia déficit del pensamiento abstracto y de la capacidad de juicio	Deterioro grave
<b>Personalidad</b>	Indiferente, falta de iniciativa, irritabilidad	Indiferencia, irritabilidad	Desintegración
<b>Síntomas psiquiátricos</b>	Depresión, ansiedad, ideas delirantes	Ideas delirantes, apatía, agresividad	Vociferación
<b>Sistema motor</b>		Deambulatorio, inquietud, tendencia a hiporextensión o sedestación	Hipertonía, conducta de imantación, reflejos primitivos (succión, prensión), rigidez en extremidades, postura en flexión.

### 3.6. Evolución clínica de la enfermedad.

Hay que recordar que la enfermedad de Alzheimer tiene un carácter heterogéneo con respecto a su aparición, evolución y en la aparición de síntomas. De manera que es posible decir que sus etapas son tan disímiles como la existencia de pacientes que la padezcan. El curso o evolución de la enfermedad es la siguiente:

#### a) Fase leve:

- El enfermo se da perfecta cuenta de la pérdida progresiva de sus propias capacidades (ej: pérdida leve de memoria)
- Siente alterada su capacidad de atención y concentración
- Tiene trastornos en el reconocimiento de imágenes de objetos
- Se desorienta en el tiempo y en los lugares
- Tiene dificultad para relacionarse normalmente con los demás
- Incapacidad para encontrar la palabra exacta

- Parece perder interés por lo que le rodea
- Suele solicitar información sobre su estado para planificar su futuro y tomar algunas decisiones vitales importantes
- A veces oculta su enfermedad o intenta que sus pérdidas de memoria pasen desapercibidas
- Suele no aceptar ayuda o compañía para que le cuiden, ya que desconfía de todos
- Intenta ocultar los síntomas, para que los demás no se fijen

**b) Fase moderada:**

- Al enfermo le es prácticamente imposible ocultar los síntomas de su enfermedad
- Empieza a padecer lagunas de memoria preocupantes (olvida los hechos recientes y los lejanos los sitúa mal en el tiempo)
- No puede entender fácilmente
- Es casi imposible que mantenga una conversación coherente
- Deja de tener conciencia de su deterioro cognitivo
- Casi todas las reacciones que tiene son producidas por su enfermedad (ej: deambulación)
- El enfermo no actúa por picardía o por fastidiar, sino porque no controla a veces lo que dice o hace (ej: se vuelve irritable)
- Es importante que los familiares comprendan que el enfermo tiene afectado el juicio moral (no tiene capacidad de diferenciar lo bueno de lo malo) y su comportamiento (son actos voluntarios)
- Comienzan a aparecer los problemas legales, financieros y de convivencia a la hora de tomar decisiones

**c) Fase severa:**

- El enfermo tiene afectada gravemente todas sus funciones cognitivas
- Su movilidad se hace atáxica y pierde la capacidad de caminar, suele estar encamado
- Pierde la capacidad de comunicación y de reconocer desde los seres más queridos hasta desconocerse a sí mismo

- No tiene capacidad de percibir el sufrimiento, ni de darse cuenta de su estado (realmente el que sufre es el familiar)
- Aparece la pérdida de la reacción normal al dolor
- Algunos familiares dicen que cuidar a sus enfermos es “como tener un bebé en casa”
- No reconoce a las personas, pero quiere a quienes lo cuidan
- Tiene dificultades de deglución y no controla los esfínteres (García, 2005: 148-149).

### **3.7. Estadio final de la enfermedad**

En este periodo el enfermo pierde su autonomía, llegando a depender completamente de las personas que están encargadas de su cuidado, hasta la llegada de su muerte. Así mismo José García señala que es cuando aparecen las primeras manifestaciones de alteraciones corticales, que se verán reflejadas en los siguientes síntomas y que aparecen de manera exacerbada o plena (García, 2005: 155):

*Desorientación:* suelen manifestar desorientación grave tanto en lo espacial como en lo temporal. Llegados a este punto ya no son capaces de distinguir el día de la noche, ni el mes, ni el año, ni la hora en que están. Tampoco reconocen la habitación donde se encuentran ni a quienes les atienden.

*Perdida de la identidad personal:* no saben quienes son ni conocen a quienes les rodean. Es triste el no llegar a saber quiénes son ellos mismos, ni por qué están, ni qué hacen en la vida, ni qué les está pasando. Llegan a perder el sentido de lo que están sintiendo.

*No existe la memoria reciente:* en estos momentos la falta de memoria se acusa más, sobre todo, en la falta de reconocimiento hasta de las personas que le cuidan diariamente.

*Aparecen algunos “reflejos primitivos”:* como el de succión, prensión o dormir encogidos en forma fetal.

*Ausencia de la autonomía personal:* muestran total dependencia del cuidador principal (nutrición, higiene, comunicación) y de las personas que lo atienden. Presentan incontinencia urinaria y

fecal. Esto hace que su limpieza tenga que ser continua y escrupulosa, pues existe riesgo de infecciones.

*Pérdida de las funciones motoras básicas:* suelen estar encaminadas y con una movilidad reducida al mínimo, hasta para tragar los alimentos.

*Pérdida de un lenguaje coherente:* se comunica con monosílabos o con algún tipo de ruido bucal, aunque sí continúan percibiendo el afecto y la compañía.

La desorientación temporal es la que primero se da, pero después la espacial cobra todo el protagonismo: de la confusión entre pasado, presente y futuro, se pasa a la confusión hacia todo lo que les rodea y hacia ellos mismos (ej: llega un momento en que al mirarse al espejo no saben quiénes son) (García, 2005: 153). Es posible determinar, que la enfermedad de Alzheimer es un padecimiento que implica un deterioro cognoscitivo, llevando al paciente a diferentes fases y estadios en los que en cada uno se va minando poco a poco su autonomía, dejándolo en un estado de inconsciencia y de dependencia total.

### **3.8. Tratamientos**

Hoy en día no se ha logrado encontrar un tratamiento que pueda curar y atacar las causas de esta enfermedad. No obstante, existen varios tratamientos, como el etiopatogénico y el tratamiento psicofarmacológico. El primero tiene como objetivo detener un poco el proceso degenerativo. Mientras que el segundo busca controlar la sintomatología psiquiátrica que acompaña a la enfermedad. Pero ya en esta época se cuenta con una gran acumulación de conocimientos referentes a los mecanismos de la enfermedad, permitiendo esto considerar a los tratamientos en nuevos términos. Actualmente se utilizan los tratamientos anticolinesterásicos que han representado un progreso visible (Campion y Hannequin, 2002: 14). Estos tratamientos son la única clase de medicamentos que en la actualidad cuentan con una indicación específica para la enfermedad de Alzheimer. En el principio de este tratamiento, las neuronas que sintetizan la acetilcolina se destruyen masivamente en la enfermedad, siendo que ellas desempeñan normalmente un papel importante

en los procesos mnémicos. De manera que su finalidad consiste en beneficiar la actividad de las neuronas supervivientes. Se trata entonces de un tratamiento únicamente secundario, que en ningún caso pretende actuar sobre las causas de la enfermedad y sus efectos se muestran solamente por la disminución del deterioro de los desempeños cognitivos, pero también por su eficacia en lo que respecta a las manifestaciones conductuales (Campion y Hannequin, 2002: 110).

### **3.9. Los cuidados paliativos en el enfermo de Alzheimer**

Lo cierto es que el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer no ofrece ningún consuelo, llevando al paciente a un sufrimiento<sup>24</sup> agudo y a un fuerte dolor psicológico que es producido por el conocimiento de las características de la enfermedad y su evolución. Cuando la enfermedad es diagnóstica en una etapa temprana y el deterioro cognitivo no ha hecho su total aparición, y la persona aún tiene conciencia y se da cuenta de que está mermando su memoria, comienza a experimentar un estado de desolación y angustia. Empero de la gran importancia que se ha tornado en el área médica, social y económica con respecto a esta enfermedad, aún no existe actualmente ningún tratamiento o cura<sup>25</sup>. No obstante, las estrategias terapéuticas que se están realizando para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, es posible encuadrarlas en dos tipos: las paliativas<sup>26</sup> y

---

<sup>24</sup> El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer no ofrece ningún consuelo posible. La angustia se puede mitigar con una buena asistencia, grupal de apoyo y la proximidad de los amigos y la familia, pero en fin de cuentas el paciente y las personas que ama deberán recorrer juntos ese tortuoso y sombrío valle en el que todo cambia para siempre. No hay dignidad en esta clase de muerte (Nuland, 1995: 119).

<sup>25</sup> La distinción entre atención paliativa y curativa se reduce a que una se dirige a aliviar y otra a curar. Sin embargo, aun sabiendo que un paciente no tiene cura, su tratamiento puede variar mucho según el enfoque del médico –aplicando advertida o inadvertidamente. Zottoun señala algunos puntos fundamentales en los que se oponen los cuidados paliativos y curativos: 1) en los primeros se busca la *calidad* de la vida, mientras que en los segundos, su prolongación; 2) los primeros se derivan de un acercamiento multidisciplinario que da gran *importancia al aspecto psicosocial*, en tanto que los segundos se apoyan básicamente en los avances de la tecnología médica; 3) los primeros consideran la muerte un desenlace normal de la vida, mientras que los segundos la creen un fracaso (Kraus y Álvarez, 1999: 28)

<sup>26</sup> Dado que en el enfermo de Alzheimer existe una degeneración de las estructuras cerebrales relacionadas con la memoria tan importante, que difícilmente el efecto neuroquímico para paliarlas pueda ser eficaz (García, 2005: 187).

las sustitutivas. Las primeras consisten en la utilización de fármacos para potenciar el metabolismo cerebral, mejorar el flujo cerebrovascular y activar los sistemas de neurotransmisión central. Mientras que las sustitutivas de más reciente aparición, se encargan de reponer aquellos neurotransmisores potencialmente alterados en la demencia senil. Por lo tanto, ambas estrategias terapéuticas están orientadas a favorecer, durante un lapso de tiempo muy corto, el estado neurológico y funcional del paciente demenciado. Pero a pesar de la gran preocupación que genera esta enfermedad, no se ha abandonado la investigación gracias a los avances en el conocimiento etiopatogénico, y por parte de los laboratorios farmacéuticos que realizan ensayos con ciertos medicamentos. Sin embargo, José García sintetiza de una manera muy importante el tipo de terapia actual contra la enfermedad de Alzheimer, la cual puede recogerse en estos puntos:

- Reducción del deterioro sintomático
- Alivio de los síntomas (psicología y farmacológicamente)
- Reducción de la carga a los cuidadores (programas de apoyo formal e informal)
- Retraso de la institucionalización de la persona (posibilitar los cuidados en el propio domicilio) (García, 2005: 187).

De manera entonces que los cuidados paliativos no ofrecen mucho al paciente, sin embargo, si cubren ciertas necesidades, tanto del paciente como de los familiares y cuidadores; además que procuran también el trato digno hacia el enfermo. Pero con respecto a mitigar el dolor psicológico<sup>27</sup> que presenta el paciente ante su enfermedad, y a la espera de su deterioro, es difícil encontrar un paliativo para disminuir este sufrimiento.

---

<sup>27</sup>Al final Phil perdió completamente el contacto con el mundo y el control de sí mismo. Se volvió totalmente incontinente y no se daba cuenta de ello; aunque estuviera consciente, simplemente ignoraba lo que sucedía. Cuando la orina empapaba su ropa, en ocasiones también manchaba de heces, había que desnudarlo por completo para limpiar la suciedad que profanaba el resto de humanidad que aún le quedaba. Y pensar –decía Janet- que estaba tan orgulloso de su apariencia y era tan digno. Hasta se le hubiera podido llamar puritano. ¡Ver a Phil allí, de pie, desnudo, mientras le lavaban, sin darse cuenta de lo que pasaba...! Entonces con los ojos brillantes por el primer destello de unas lágrimas incipientes, dijo: ¡Es una enfermedad tan degradante! Si de alguna manera hubiera sabido lo que le estaba sucediendo, no habría querido vivir. Era demasiado orgulloso para haberlo tolerado, y me alegro de que nunca lo supiera. Es más de lo que debería tener que soportar (Nuland, 1995: 106).

## CAPÍTULO IV

### LA EUTANASIA EN EL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El origen etimológico hace referencia a una *buena muerte*, de manera que éste es muy amplio, lo cual propicia establecer diferentes sentidos e interpretaciones. La palabra encierra entonces confusiones y equívocos, que generan consecuencias importantes cuando se tiene como objetivo tomar una decisión con respecto a la cuestión ética de la práctica de la eutanasia. Por ello se demuestra cuán necesario es contar con una definición mucho más precisa de la eutanasia, que permita distinguirla de otras prácticas que de alguna manera se relacionan con ella (Álvarez, 2005: 30).

En este apartado se presentarán las definiciones de la práctica de la eutanasia de los países donde es legal dicha práctica, dada la dificultad de acuñar una definición con la que todos estén de acuerdo. De manera que Wimpert Hart y A. J. Overbeke, dos holandeses, proponen una definición que coincide en gran medida con la que aporta su país: “la terminación intencional de la vida o la interrupción intencional de los procedimientos destinados a prolongar la vida, por un médico” (Álvarez, 2005: 30).

Hart y Overbeke indican que se encuentra implícito el hecho de que el paciente debe estar capacitado mentalmente, por lo que excluye toda acción dirigida a recién nacidos, niños o adultos mentalmente incompetentes. Entonces el modo intencional al que apunta la definición se refiere a la acción del médico, pero es en respuesta a la libre elección del paciente<sup>28</sup>. Asunción Álvarez después de analizar y revisar diferentes definiciones de los Países Bajos y de diferentes autores propone una definición clara que evita caer en confusiones, la cual es la siguiente: la eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste (Álvarez, 2005: 32).

---

<sup>28</sup> Una característica interesante de esta definición es que comprende y especifica las dos formas en que se realiza la eutanasia, tanto la activa como la pasiva, con lo cual se supera la distinción que, en lo que se refiere a la valoración moral, suele hacerse entre ambas (Álvarez, 2005: 30)

Debido a que en los Países Bajos es en donde se han realizado los debates de más importancia y trascendencia con respecto a la eutanasia, y que éstos han sido abiertos a toda la sociedad y como su gobierno se ha planteado la finalidad de implementar las mejores condiciones para permitir aplicarla de manera controlada, ha sido una ocupación vital contar con una definición satisfactoria de esta práctica. Es por ello, que la autora antes mencionada, considera importante analizar los elementos que la componen:

La *intención* es un elemento intrínseco de toda acción y en este caso se refiere a la intención del médico de terminar activa y directamente con la vida del paciente porque se busca poner fin a su sufrimiento.

La *petición por parte del paciente* es una justificación moral que siempre ha estado presente en los debates sobre el tema en los Países Bajos. Esta petición debe ser voluntaria, explícita y repetida. Si no existe esta solicitud, no se considera eutanasia el procedimiento que pone fin a la vida de un enfermo.

El *médico* es a quien corresponde realizar la eutanasia y se descarta a cualquier otro profesional sanitario para hacerlo; si esta condición no se cumple no se puede hablar de eutanasia, sino de homicidio. (Álvarez, 2005: 31).

Al haber establecido y delimitado el sentido del término es que no se podrá caer en equívocos. La práctica de la eutanasia en los Países Bajos, es totalmente una acción premeditada en la que se juzgan diferentes aspectos a la hora de aplicarla.

#### **4.1. Clasificaciones de la eutanasia**

En el apartado anterior se observó que la eutanasia únicamente contiene las circunstancias en que el enfermo mismo es quien hace la petición y solicitud. De manera que es evidente que la eutanasia es voluntaria y que no debería hablarse de eutanasia no voluntaria ni de eutanasia involuntaria. No obstante, esta clasificación se usa también para evitar confusiones, motivo por el cual, se presentarán brevemente dichas clasificaciones.

- Eutanasia voluntaria: es la terminación de la vida de un paciente en respuesta a la petición de éste expresada libremente.
- Eutanasia no voluntaria: es la terminación de la vida de un paciente sin que el afectado lo solicite expresamente, por encontrarse incapacitado para hacerlo.
- Eutanasia involuntaria: es aquella que se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo (Álvarez, 2005: 32).

La primera definición hace referencia a la petición que hace el paciente al médico de que le ponga fin a su existencia, entonces el médico en respuesta posibilita intencionalmente su muerte (no hay que olvidar que la solicitud es voluntaria por parte del paciente). Mientras que la eutanasia *no voluntaria* hace referencia a la circunstancia en que el paciente se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, de manera que es necesario interpretar dicha voluntad<sup>29</sup>. Un ejemplo de esto son los casos en que se tiene que tomar una decisión de terminar con la vida de un enfermo para resolver una situación que no tiene porque prolongarse (como es el caso de las personas que han perdido la conciencia de manera irreversible) (Álvarez, 2005: 34). En un escenario como este, las personas que participan en la decisión sobre la terminación de la vida del paciente, experimentan un sentimiento de inseguridad con respecto a lo que en realidad pediría el paciente si estuviera en condiciones de decidir sobre su vida. De modo que en los Países Bajos, para hacer una diferencia de la eutanasia propiamente dicha, llaman “terminación activa de la vida sin petición expresa” a la acción que pone fin a la vida de un enfermo que no está en posibilidades de pedir que se le ayude a morir (Álvarez, 2005: 34). Un ejemplo de este tipo de pacientes, son individuos con severas incapacidades, bebés o pacientes en coma irreversible.

Pero una manera de reducir la incertidumbre sobre la interpretación de la voluntad de un paciente que no se encuentra en condiciones de expresar sus deseos, es mediante la elaboración de un documento por parte de él, —previamente a la llegada de su incapacidad— en donde deja expresado sus deseos. El testamento

---

<sup>29</sup> En cuanto a la eutanasia no-voluntaria; esta puede entenderse como una extensión necesaria de la eutanasia voluntaria (Álvarez, 2005: 33)

vital<sup>30</sup>, como es nombrado este tipo de documento, y es utilizado para que el firmante manifieste su voluntad con respecto a los tratamientos médicos que quiere recibir y las acciones que no desea le sean practicadas en caso de que se encuentre incapacitado para expresar por sí mismo su voluntad.

En la eutanasia involuntaria, el paciente sí posee la capacidad de expresar su voluntad, de modo que aquí la idea de “buena muerte” reside en otra persona que no es el individuo que muere, debido que es a otro a quien le conviene esa muerte. No existe ninguna justificación para este tipo de práctica, que es en realidad un homicidio. Sin embargo, existen otras situaciones, como los que presenta Asunción Álvarez al considerar un dilema que expone Laura Lecuona.

Podríamos encontrar algunas situaciones en las que cabría considerar la posibilidad de aplicar una eutanasia involuntaria. Pensemos en el caso que esta autora nos plantea. Una persona establece, libre y voluntariamente, que si llega a padecer una enfermedad que la incapacite mentalmente, desea que se termine con su vida. Esta misma persona, al llegar a la incompetencia prevista, expresa que quiere seguir viviendo. Si respeta la voluntad anticipada se estaría quitando la vida a una persona en contra de su voluntad actual. Como señala Lecuona, más allá de ponerse de acuerdo sobre la terminología más apropiada para referirse a una práctica que, en una situación como la descrita, respete la voluntad anticipada, hay que analizar cuáles serían sus implicaciones morales (Álvarez, 2005: 35).

Pero al exponer esta idea, Asunción Álvarez se ocupa de un caso real, de una situación que ilustra y ejemplifica un poco más lo anteriormente visto. Se trata de Janet Adkin<sup>31</sup>, la primera mujer a la que el controvertido doctor Jack Kevorkian ayudó a morir. A esta mujer le diagnosticaron la enfermedad de Alzheimer y se le informó lo que implicaba y el desenlace que le esperaba. Siendo conciente todavía de que comenzaba su deterioro mental, decide que no quiere vivir en tales

---

<sup>30</sup> A este tipo de documento también se le llama voluntades anticipadas, porque expresa la voluntad de la persona y se elabora mientras el paciente se encuentra con vida y conciente (cf. Álvarez, 2005: 34-35).

<sup>31</sup> Más adelante se dedicará un apartado en el que se hablará más sobre esta mujer, cuyo proceso de muerte asistida estuvo a cargo del doctor Jack Kevorkian.

condiciones. Kevorkian sabía acerca de los problemas a los que se enfrentaría si ayudaba a morir a esta mujer. Sin embargo, considera válida su decisión de ponerle fin a su vida, la cual es también apoyada por su esposo e hijos. Decide ayudarla a morir mediante el uso de su invento, el Mercitron, que consiste en una máquina con la que la misma paciente puso en marcha el dispositivo para quitarse la vida. Asimismo, Álvarez señala que la situación de Janet podría haber sido diferente y se le hubiera tranquilizado, al asegurársele que una vez que le viniera su deterioro, se le ayudaría a morir, de modo que no viviría la situación que tanto temía. Sin embargo, podría haber ocurrido que se presentara la situación imaginada por Lecuona y estuviera feliz en su nuevo estado y no manifestara ningún deseo en morir. Entonces, nuevamente se vuelve a considerar que quitarle la vida en contra de su voluntad, es un acto atroz de homicidio. Finalmente, no se sigue que haya sido moralmente incorrecta la acción de Kevorkian, al responder a la solicitud libre y responsable de la mujer que le expresó sus razones para poner fin a su vida. Al cabo, el punto clave sigue siendo la voluntad de la persona.

#### **4.2. Eutanasia activa y eutanasia pasiva**

Este tipo de clasificación es importante ya que actualmente se sigue utilizando. No obstante, en Holanda sólo llaman eutanasia a la activa, mientras que la pasiva es considerada únicamente como una decisión médica de suspender o no dar tratamientos que mantienen la vida.

Eutanasia activa: es la finalización deliberada de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte (como sería la administración de una droga).

Eutanasia pasiva: es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permiten preservar la vida (Álvarez, 2005: 37).

Esta clasificación es muy importante debido a que permite comprender más claramente la controversia que existe en el tema de la eutanasia. La eutanasia

pasiva tiene mejor aceptación desde el punto de vista legal y por parte de las diferentes corporaciones religiosas. Además de que genera menos problemas de conciencia porque se piensa que es la naturaleza la que termina induciendo la muerte del sujeto que rechaza un tratamiento. Este tipo de eutanasia pasiva busca recuperar la capacidad para decidir el momento en que es conveniente dejar que sobrevenga la muerte del enfermo (Álvarez, 2005: 38). Puede equipararse en algunos casos a la muerte que no se prolonga inútilmente.

Se puede leer entre líneas que ambas<sup>32</sup> clasificaciones en realidad no guardan ninguna diferencia entre sí, ya que las dos buscan propiciar la muerte para evitar o poner fin a un sufrimiento intolerable, sólo que la eutanasia activa consiste en una acción y la pasiva en una omisión.

### **4.3. Suicidio asistido**

La eutanasia hace referencia a una práctica que se establece entre la relación médico-paciente. No obstante, una parte importante de la polémica acerca de esta práctica, gira en torno al hecho de que se quiera legitimar la capacidad de los médicos para terminar con la vida de un paciente (Álvarez, 2005: 40), y son precisamente ellos quienes manifiestan su inconformidad con respecto a que se quiera otorgarles la responsabilidad de una acción como esta. Es por tal situación, que se promueve una opción más aceptable por los médicos. Se trata de la opción del suicidio asistido, la cual consiste en que la última acción que provoca la muerte es realizada por el paciente:

---

<sup>32</sup>Que se recurra a una u otra opción depende de la situación física del paciente, de la evolución de su enfermedad y de la respuesta a los tratamientos que haya recibido. Parece una contradicción el hecho de que sólo se considere válido ayudar a morir a quien pide dejar de sufrir cuando esto supone abstenerse de dar tratamiento, y que no sea válido dar esa ayuda cuando no haya nada que quitar o dejar de hacer para que la persona muera. Cuando no se da el caso, por ejemplo, de que haya una neumonía que se deje sin atender (eutanasia pasiva). También sería absurdo apearse estrictamente a la idea de que lo permitido es no hacer o sustraer algo que está administrado, y limitarse, por ejemplo, a retirar un respirador artificial que provocaría una muerte muy angustiada, cuando lo que supuestamente se busca es terminar con el sufrimiento de un enfermo (Álvarez, 2005: 38).

El suicidio (medicamente) asistido es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia. Se distingue de la eutanasia voluntaria en la que el médico, además de proporcionar los medicamentos, es el agente real de la muerte en respuesta a la solicitud del paciente (cf. Álvarez, 2005: 40).

Es posible pensar que esta opción exime un poco la responsabilidad del médico para terminar con la vida de una persona. Sin embargo, una alternativa como esta, no favorece a los enfermos en fase terminal, que siendo competentes para elegir la muerte, están imposibilitados para moverse o tragar, de manera que no puedan poner fin a su vida por sí mismos (Álvarez, 2005: 40).

#### **4.4. Requisitos para aplicar la eutanasia**

Debido a que en los Países Bajos es legal esta práctica —y que ha sido el principal escenario en el que se ha puesto en debate las ventajas y desventajas de la despenalización— es por lo que comúnmente se piensa que esta práctica es muy frecuente y que se hace sin ningún recelo, como puede ser la aplicación de una vacuna. Lo que se desconoce, es el hecho de que a pesar de que los médicos estén dispuestos a aplicarla, sin embargo, les resulta emocionalmente desgastante al momento de realizarla. Por otra parte, es importante señalar que en realidad son pocos los pacientes que están cercanos a la muerte y que solicitan la aplicación de la eutanasia y de los que la solicitan, no todos la reciben porque el médico no está de acuerdo en que el enfermo cumpla con los criterios que la justifican.

Luego de varios casos que fueron llevados a juicio y de nuevas leyes que permitieron abrir paso a la despenalización de la eutanasia en los Países Bajos, en 1997 se ratificó una corrección a la ley de 1994 para omitir la connotación de crimen que se le daba al procedimiento de control. Para lograr esto se formó un comité interdisciplinario que se ocupara de analizar los informes de cada solicitud y petición de eutanasia. Para 2001, se aprobó una nueva ley que despenalizó la eutanasia e instauró su regularización para permitir su práctica. Finalmente, el 1 de

abril de 2002, se hizo efectiva la ley sobre la comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio (Álvarez, 2005: 151). No obstante, para aplicar la eutanasia se requiere de cubrir varios criterios que fueron propuestos por la Real Asociación Neerlandesa en el año de 1984, los cuales hasta la actualidad han seguido vigentes:

1. Cuando exista una solicitud voluntaria, explícita, competente y persistente del paciente.
2. Cuando la solicitud del paciente se base en la información completa sobre su situación.
3. Cuando exista una situación de sufrimiento físico o mental intolerable y sin esperanza.
4. Cuando se hayan agotado todas las opciones posibles de aliviar el sufrimiento.
5. Que el médico haya consultado al menos a otro médico.
6. Que aplique la eutanasia con el debido cuidado.

Como se ha podido observar, para que se responda a una solicitud de eutanasia se requiere cubrir ciertos requisitos como los anteriormente mencionados. Pero la decisión de aplicarla finalmente la toma el médico. Por lo tanto, la opción de eutanasia es utilizada una vez agotados todos los recursos para aliviar un sufrimiento. Es pues, una última opción.

#### **4.5. ¿Es éticamente aceptable aplicar la eutanasia al paciente con la enfermedad de Alzheimer?**

La razón por la que algunas personas diagnosticadas de Alzheimer piden la eutanasia, es porque les parece indigno llegar al estadio final de la enfermedad, dado el deterioro en las funciones mentales y cognitivas, que dejan al enfermo sin la capacidad de valerse por sí mismo. Pero además, porque llegan a considerar que

su vida ha sido buena, y de igual manera quieren darle un decoroso fin que no esté marcado por la decrepitud<sup>33</sup> a la que conduce esta enfermedad.

Al recibir el diagnóstico de Alzheimer, un enfermo puede plantearse diferentes alternativas a seguir, presento tres. Como pretendo considerar la eutanasia como opción, voy a referirme a lo que podría suceder en Holanda, donde ésta se permite y se ha discutido el tema de la eutanasia en los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

- 1) En este primer caso no existe ninguna solicitud de eutanasia porque el paciente diagnosticado de la enfermedad de Alzheimer decide llegar hasta los últimos estadios de la enfermedad, y no adelantar su muerte. Como también, porque probablemente la demencia ya tiene un cierto grado de avance y no se encuentra en posibilidad de tomar una decisión; o los familiares y el médico basados en una moral paternalista, deciden no informarle que padece esta enfermedad para evitarle el sufrimiento. Pero esta actitud implica una cuestión de índole moral, que es importante que consideremos, porque con dicha actitud, no se está tomando en cuenta la autonomía<sup>34</sup> del paciente, ya que todavía posee un estatuto de persona por tener aún autoconsciencia y racionalidad, y las personas destacan como poseedoras de una importancia especial en las discusiones éticas, ya que son entidades que tienen derechos morales, seculares de tolerancia y no pueden ser utilizadas sin su permiso (Engelhardt, 1995: 154). Surge entonces la pregunta: cuando no se le informa al paciente acerca de su diagnóstico, ¿se le está quitando la oportunidad de tomar una decisión sobre su vida y de vivir el proceso de su muerte?

---

<sup>33</sup> ¿Por qué es necesario hablar de eutanasia (y suicidio médicamente asistido)? ¿Por qué ocuparnos de un tema cuyo punto central es la buena muerte? Por la sencilla razón de que la muerte, en última instancia, no la podemos evitar, pero sí podemos hacer cosas para que ésta llegue de la mejor manera. Postergar la muerte está plenamente justificado mientras se consiga alargar una vida que vale la pena vivir a quien la vive, pero cuando la elección no está entre morir o no morir, la elección es morir lo mejor posible (Álvarez, 2008: 41).

<sup>34</sup> Así que la autonomía, entendida como la capacidad y la libertad de tomar las decisiones que moldean nuestra vida, es fundamental para dar a cada vida su propio valor especial y peculiar (Harris, 2004: 35). Y la eticidad, por su parte, no es sino un aspecto o manifestación de la libertad. No hay ética sin alternativa, sin posibilidad, sin ambigüedad, sin capacidad de opción y transformación: sin libertad en efecto (González, 2007: 306).

2) Podría ocurrir también que el paciente decide adelantar su muerte porque no quiere llegar al estado de incompetencia al que se llega en las etapas finales de esta enfermedad. De manera que elabora una voluntad anticipada en la que expresa que una vez que tenga deterioro mental, quiere que le sea aplicada la eutanasia, una decisión que habla con el médico que se encuentra a su cargo. Es importante aquí señalar, que la ley reconoce en general el pedido por anticipado sin depender el tipo de enfermedad que se tenga, siempre y cuando sea incurable y que el paciente este pasando por un sufrimiento físico o psicológico intolerable. Pero a pesar de que la ley reconoce la solicitud por anticipado del enfermo de Alzheimer —para que se le aplique la eutanasia cuando la demencia haya avanzado, y se encuentre en un estado de incompetencia—, de acuerdo a la información disponible, los médicos deciden no aplicarla porque observan al paciente tranquilo y consideran que tal vez ya no desee morir, pensando además, que es feliz en el estado en el que se encuentra. No obstante, tampoco deciden aplicarle la eutanasia, porque quieren cuidar<sup>35</sup> al paciente dado su estado de incompetencia, pero lo que más influye para que los médicos no terminen con su vida, es que consideran que el paciente no tiene idea de que el médico pueda considerar adelantar su muerte.

Esta situación implica el dilema ético que Dworkin plantea:

¿Cómo hacer valer la decisión que toma una persona competente respecto al final de su vida para que se aplique en el futuro, cuando ésta sea incompetente?, ¿cómo se podría dar efecto a la voluntad de terminar con la vida de una persona que está consciente y da muestras de querer seguir viviendo? (lo que suele suceder con personas que llegan a estadios avanzados de la enfermedad de Alzheimer) (Álvarez, 2005: 90).

---

<sup>35</sup> El interés por el bienestar, y el frecuente uso que de él se hace para justificar un control paternalista, deja de ser legítimo en el momento en que lejos de promover la autonomía y de permitir al individuo moldear su propia vida, actúa para frustrar los intentos del individuo en este sentido. Y por supuesto, esto también se aplica al caso extremo del suicidio y de la eutanasia voluntaria, en donde los intentos del individuo por moldear su vida incluyen también el control de su muerte (Harris, 2004: 35).

Es posible argumentar que no sería posible respetar dicha decisión porque no son válidas las decisiones que hace una persona sobre una circunstancia que nunca ha experimentado. Entonces, la muerte de esta persona no se apresura porque se busca defender lo que llama Dworkin los intereses *experienciales*<sup>36</sup>, puesto que los críticos ya no están presentes (Álvarez, 2005: 93), y porque también la autonomía no puede cumplirse cuando ha desaparecido, como ocurre con los enfermos de demencia. Existen por lo tanto, argumentos para no terminar con la vida del enfermo de Alzheimer aunque la hubiera solicitado antes de enfermar. No obstante, nos volvemos a encontrar con una actitud paternalista por parte del médico, porque más que respetar la autonomía del enfermo, la incumple. Dado lo anterior, se abre un nuevo cuestionamiento: ¿se está incurriendo en una falta moral al no cumplir con la voluntad anticipada<sup>37</sup> del paciente? Dworkin sostiene que en una situación como ésta, se deben privilegiar los intereses críticos, moralmente más relevantes, porque si se respeta la autonomía de alguien es porque, al hacerlo, se le permite conservar su capacidad para tomar decisiones (Arias, 2005:129). Entonces, en el caso de un paciente con demencia, la única manera de permitir que siga siendo autónomo, es concederle autoridad a sus voluntades anticipadas, porque una vez que tiene deterioro mental y se encuentra en un estado de incompetencia, ya no se encuentra en condiciones de tomar decisiones autónomas.

- 3) En este tercer caso podría ocurrir también que el enfermo pida la eutanasia cuando está en una etapa temprana de la enfermedad porque todavía está

---

<sup>36</sup> [...]Las personas quieren diferentes finales en sus vidas porque de esa manera expresan lo que Dworkin llama sus intereses *críticos*, distintos de los que llama *experienciales*. Los intereses críticos representan juicios, convicciones y valores personales, como la integridad y la dignidad, conformando así la idea de lo que es bueno para la vida personal. Los intereses experienciales se refieren a la satisfacción o el placer que se obtiene de hacer algo, por lo que podrían explicar por qué para alguien es crucial decidir sobre una situación que no va experimentar o, por el contrario, cómo es que alguien decide vivir en una condición en la que padece un dolor enorme (Álvarez, 2005: 74).

<sup>37</sup> Creo que nadie podría proclamar que posee respeto auténtico a las personas a menos que esté dispuesto a mostrar interés por su bienestar y respeto a sus deseos [...] ¿Qué podríamos hacer cuando no es posible conciliar el interés por el bienestar de una persona y el respeto a sus deseos? Pare responder a esta pregunta necesitamos recordar la idea fundamental del valor de la libertad: la libertad de elección. La autonomía, la libertad para elegir entre dos concepciones contrapuestas acerca de cómo y por qué vivir es lo que permite que nuestras vidas verdaderamente sean nuestras (Harris, 2004: 35).

mentalmente competente para hacer el pedido, un requisito que es necesario cumplir. Cabe señalar, que en los Países Bajos se ha aplicado la eutanasia a pacientes que cursaban una demencia y que la solicitaron<sup>38</sup>. Pero el paciente recurre a esta alternativa porque no tiene la seguridad de que el médico respete su voluntad anticipada, en la que expresa que cuando su demencia avance y llegue a un estado de incompetencia, quiere que se apresure su muerte. Debido a que los médicos no respetan la voluntad anticipada, se orilla al paciente a decidir morir cuando es competente todavía, y se encuentra en el primer estadio de la enfermedad. De manera que se le está quitando la oportunidad de vivir un poco más de tiempo. Un caso real como este, es el de Janet Adkins, el cual será presentado más adelante.

Lo anterior es motivado por el sentido y valor que el enfermo le otorga a su vida; ya que tomar decisiones sobre el término de la vida se vuelve un asunto que se relaciona con la idea del valor sagrado de ésta, pero no en sentido abstracto, sino encarnado en cada vida en particular y en cada vida en su totalidad, incluyendo el final (Álvarez, 2005: 73).

#### **4.6. El caso ejemplar de Janet Adkins**

Jack Kevorkian fue el médico que ayudó a morir a esta mujer. Se trata de un médico patólogo e investigador. Realizó sus estudios en la universidad de Michigan. Ayudó a morir a personas que se lo pidieron porque padecían alguna enfermedad terminal, o porque querían evitar el deterioro producido por una

---

<sup>38</sup> The number of registered cases of euthanasia rose by 200 to some 2,500 in 2009, according to new figures from the official monitoring body, quoted in the Telegraaf. It is not known how many cases of mercy killing there actually are in the Netherlands, but in 2007 experts said around 80% of instances are registered with the monitoring body. There were also six registered cases of euthanasia on elderly patients with senile dementia, all of whom were in the early stages and able to make their wishes known, the monitoring commission chairman Jan Suyver told tv programme Nova. Véase la página de *More cases of euthanasia in Holland in 2009* en [<http://www.nvve.nl/nvve-english/pagina.asp?pagkey=140683&metkey=449>].

enfermedad como el Alzheimer. Janet Adkins, una mujer diagnosticada precisamente de Alzheimer, fue a la primera persona que ayudó a morir en 1990, a través del *Mercitron*. Kevorkian inventó este dispositivo para conseguir un suicidio sin dolor mediante la inyección de sustancias letales. Este proceso es acompañado y supervisado por el médico, quien practica una punción en la vena del enfermo para gotear la solución salina. La persona oprime por sí misma el aparato y activa la administración de los otros medicamentos: el *tiopental*, que causa coma profundo en unos treinta segundos, y el *cloruro de potasio*, que detiene el músculo cardíaco en unos minutos. La muerte se produce por paro cardíaco, sin dolor, durante un sueño profundo (A. Kraus y A. Álvarez, 1999: 42).

El doctor Kevorkian defiende una práctica que considera legítima. Su convicción es apoyada por la desatención de aquellas personas que quieren dejar de sufrir física y emocionalmente los efectos de una enfermedad terminal y porque en muchas ocasiones recurren a darle fin a su vida con recursos demasiado violentos. Considera además que la medicina ha fallado en su compromiso cuando no atiende al enfermo hasta las últimas consecuencias. Las acciones del “doctor muerte” son del dominio público porque él desea que cambie tal situación. Ha conseguido mucho en la lucha que comenzó hace unos años: mantener la discusión que lleve a legitimar el derecho a una muerte tranquila y sin dolor<sup>39</sup> (A. Kraus y A. Álvarez, 1999: 42). Él tiene la convicción de que cada quien debe decidir el momento de su muerte.

Jack Kevorkian al comenzar a narrar la experiencia de Janet Adkins, describe el momento en que recibe la llamada a finales de 1989, de Ron Adkins, un hombre de Portland Oregón. Este hombre se había enterado de la ayuda que ofrecía este médico por un artículo publicado en Newsweek el 13 de noviembre del mismo año. La voz Ron se escuchaba con ansiedad mientras explicaba la trágica situación de su esposa a Kevorkian.

---

<sup>39</sup> Sin duda, el principal argumento a favor de la buena muerte es abolir sufrimientos no controlables y episodios que erosionan profunda e irreversiblemente la dignidad del enfermo terminal. Desde esa perspectiva, la eutanasia es más humana que la continuación del tratamiento de enfermos sin esperanza. Asimismo, quienes favorecen la eutanasia afirman que respetar la autonomía del enfermo intensifica el respeto hacia la vida (Kraus y Álvarez, 1999: 54).

Así mismo describe a Janet Adkins como una mujer extraordinaria, ejemplar, hábil y activa. Era buena madre, esposa, abuela y amiga muy querida; además era maestra, música, escaladora y amante de la vida al aire libre. Su esposo había empezado a observar un sutil y progresivo deterioro en su memoria. Janet sufrió una gran conmoción al enterarse de que padecía la enfermedad de Alzheimer, y sobre todo por la forma insensible en que le manifestó su médico sobre su padecimiento. Al saber su diagnóstico decidió en ese instante que no viviría para experimentar el horror de una muerte semejante. Su familia reconocía en ella su actitud de lucha, motivo por el cual le pidieron que considerara la posibilidad de someterse a un nuevo tratamiento de terapia. Ron le explicó a Kevorkian que su esposa podía ser elegida para una prueba experimental que utilizaría el fármaco recientemente desarrollado por parte de la universidad de Washington, en Seattle. De manera que Kevorkian estuvo de acuerdo en que se sometiera a ese tratamiento porque todo candidato al Mercitron debe de haber agotado toda intervención médica potencialmente beneficiosa, por remotamente prometedora que sea (Kevorkian, 1991: 260). En abril de 1990 Ron volvió a llamar al doctor en donde le expresó que Janet había entrado al programa experimental, pero suspendió el fármaco nuevo debido a que era poco efectivo y que además el estado de Janet comenzó a empeorar, y estaba más convencida de poner fin a su vida. Debido a esta situación Kevorkian considero lo siguiente:

A pesar de que desde un punto de vista físico Janet no era una enferma terminal, parecía haber pocas dudas de que mentalmente lo era y, al fin y al cabo, es el estado mental de una persona lo que determina la esencia de su existencia. Tras esta nueva situación le pedí a Ron que me mandaran copias de los historiales médicos de Janet, y los mismos corroboraron lo que Ron había dicho (Kevorkian, 1991: 260).

Una vez que medito esos aspectos, llamó al médico de Janet en Seattle. Encontró en dicho médico una oposición con el procedimiento y a la idea del suicidio asistido, ya que insistía en que Janet seguiría siendo mentalmente competente al menos durante un año, pero por el relato de Ron el esposo de Janet, llegó a la

conclusión de que la opinión de su médico era equivocada y de que el tiempo era esencial. El estado de Janet se estaba deteriorando y no había ninguna posibilidad de detenerlo, por lo que decidió aceptarla como primera candidata adecuada y justificable, aunque no ideal, siendo bien consciente de lo vulnerable que era a las críticas de los detractores de poca monta y abiertamente emocionales (Kevorkian, 1991: 260). Encontrar un lugar donde hacerlo se convirtió en un obstáculo mayor, ya que él consideraba que esa práctica fuera realizada con sentido ético y legal y por lo tanto no debería de haber en él nada de clandestino. Posteriormente continuaron los obstáculos para encontrar un lugar adecuado y la mayoría de las personas se negaban en facilitarle un espacio.

Debido a la vergonzosa obstrucción por parte de sus propios médicos, Janet se había visto obligada a recurrir a Kevorkian. La actitud poco cooperativa de su médico perjudicó pero no frustró el cumplimiento de su deber para con una paciente que sufría y para con su profesión.

Se han expresado ciertas críticas hacia Kevorkian por el hecho de que ayudó a morir a una mujer con la que había tenido poco contacto, sin embargo el responde a esto con lo siguiente:

Es absurdo suponer siquiera, huelga decir protestar abiertamente, que la competencia y el comportamiento ético de un especialista médico dependen de algún tipo de intervalo de tiempo impuesto arbitrariamente o por autorización. Cuando un médico manda a una paciente a cirugía, en muchos casos el especialista quirúrgico lleva a cabo su deber último tras conocer personalmente al paciente de sólo una o dos horas de consulta previa (en contraste con el hecho de que ya había pasado por lo menos doce horas en contacto directo con Janet). En unos cuantos casos, el cirujano opera a un paciente que ve por primera vez en la mesa de operaciones; y anestesiado hasta perder la conciencia (Kevorkian, 1990: 263).

Fiel además a su profunda convicción, considera que actuó abiertamente, éticamente y legalmente, con honestidad total e incondicional. Resaltando que lo

más importante fue que estuvo personalmente presente durante el segundo acontecimiento médico más significativo de la vida de la paciente.

La tarde del sábado 2 de junio de 1990 se reunió Kevorkian con las dos hermanas de él y con Ron, Janet y su íntima amiga en su habitación de hotel. En la reunión lograron una familiarización unos con otros durante una conversación de minutos. Tenía ya impreso los documentos de autorización que señalaban la intención, resolución y libertad de elección de Janet, que ella accedió a firmar rápidamente<sup>40</sup> (Kevorkian, 1990: 264). A pesar de que se observaba la pérdida de su memoria, Kevorkian contaba con su convicción que le informaba que en términos médicos la pérdida de la memoria no significa necesariamente incompetencia mental, y cualquier crítico racional admitiría que un individuo mentalmente sano puede sufrir incluso una amnesia total. Después de un cierto rato la convivencia continúa en un restaurante de manera que pudo observar los siguientes aspectos en Janet:

Alrededor de las 17 h de ese mismo día, los seis cenamos en un conocido restaurante local. Sentados alrededor de la misma mesa durante muchas horas, nuestra conversación cubrió muchos temas, e incluso se contaron chistes. Sin que se notara demasiado, observe constantemente el comportamiento de Janet y sopesé sus estados de ánimo, así como el contenido y la calidad de sus pensamientos. No había duda alguna de que sus facultades mentales estaban intactas y de que no estaba en absoluto deprimida por su muerte inminente (Kevorkian, 1990: 265).

---

<sup>40</sup> Aquí observó Kevorkian que una vez más, aunque estaba resuelta en su decisión, y en plena posesión de sus facultades mentales, su deteriorada memoria se puso de manifiesto cuando precisó la ayuda de su marido para formar la letra "A". Podía reproducir la letra, pero no escribirla y los impresos de consentimiento requerían que su firma estuviera escrita. Entonces, su marido le mostró en otro pedazo de papel cómo formar la cursiva "A", y Janet obedeció. En esta ocasión, Ron y Carroll firmaron también una declaración dando testimonio de la competencia mental de Janet. Pidió además a su hermana Flora que filmase en video su entrevista con Janet y Ron. La película de cuarenta y cinco minutos reforzó su propia convicción de que Janet era mentalmente competente, pero que su memoria fallaba muchísimo. Sin embargo, el grado de deterioro de su memoria lo llevó a deducir que dentro de cuatro a seis meses sería demasiado incompetente para ser adecuada como candidata (Kevorkian, 1990: 265).

El día siguiente que correspondió a un lunes 4 de junio de 1990, Kevorkian narra que se dirigió en coche al terreno alquilado en Groveland Park, al norte del condado de Oakland, Michigan. Mientras que sus dos hermanas acudían al hotel a recoger a Janet, que había redactado y entregado a la hermana de Kevorkian, una nota breve y clara reiterando su genuino deseo de poner fin a su vida y exculpando a todos los demás de ese deseo del acto en sí:

He decidido quitarme la vida por la siguiente razón. Está es una decisión tomada en estado mental normal y profundamente meditada. Tengo la enfermedad de Alzheimer y no quiero dejarla progresar más. No quiero que mi familia o yo misma tengamos que soportar el sufrimiento de esta terrible enfermedad (Kevorkian, 1990: 267).

Finalmente Janet se despidió llorando de su afligido esposo y de Carroll, ya que ella tuvo el deseo de que no la acompañaran al parque. El momento había llegado y Kevorkian describe ese día como un día frío, húmedo y encapotado. Pero al volverse a coger un par de alicates en el estrecho espacio del interior de la camioneta, derramó accidentalmente el recipiente que contenía la solución de tiopental, perdiendo algo más de la mitad. Sin embargo, estaba prácticamente seguro de que lo que quedaba era suficiente para provocar y mantener una inconsciencia adecuada, pero prefirió no correr el riesgo (Kevorkian, 1990: 266). De tal modo que resolvió recorrer setenta kilómetros para conseguir un poco más. A las 9: 30 horas, sus dos hermanas y Janet habían llegado al parque. Mostraron desanimo al enterarse del derrame del tiopental y optaron por acompañar a Kevorkian en el viaje, el cual requería de dos horas y media. Regresaron al parque alrededor del medio día. Janet esperaba en el carro y Margo la acompañaba, de modo que Flora le ayudaba en las tareas menores dentro de la camioneta, mientras Kevorkian preparaba y comprobaba cuidadosamente el Mercitron. Todo estaba ya listo más o menos a las 14: 00 horas y entonces llamaron a Janet para que entrara a la camioneta. Sola entró por la puerta corredera, y se recostó completamente vestida en una cama empotrada cubierta con sábanas limpias. Descansaba

cómodamente su cabeza sobre una almohada. Las ventanas estaban cubiertas con cortinas nuevas. Pidió permiso a Janet para hacer unos pequeños agujeros en sus medias de nylon a la altura de los tobillos y le colocó los electrodos de ECG en los tobillos y en las muñecas; cubriendo además su cuerpo con una manta delgada. Tuvieron entonces una pequeña conversación. Janet tuvo el deseo de que Flora le leyera una breve nota de su amiga Carroll. Después se dio lectura a la oración del señor. Finalmente dio instrucciones previas a Janet sobre cómo había que activar el dispositivo y le pidió que obrara de acuerdo con ellas. A diferencia de su hermana y él, Janet estaba tranquila y aparentemente relajada:

Utilicé una jeringa unida a una aguja para pinchar una vena cerca de la zona frontal del codo de su brazo izquierdo. Desafortunadamente, sus venas eran finas y frágiles. Incluso un ligero movimiento del brazo sujeto provocó que la aguja penetrara a través de la pared de la vena y diera lugar a un derrame. Otros dos intentos fallaron también, al igual que un cuarto intento en el lado derecho. Al final, conseguimos un pinchazo adecuado en el brazo derecho. (Fue tranquilizador para mí enterarme posteriormente que los médicos de Searle habían tenido problemas similares con sus venas). El momento había llegado. A un gesto de Janet, puse en marcha el ECG y dije: “Ahora”. Janet le dio al interruptor del Mercitron con el borde exterior de la palma de su mano. Al cabo de unos diez segundos, sus párpados comenzaron a cerrarse: “Que tenga un buen viaje”. Estaba inconsciente y completamente quieta, salvo por dos ligeras toses muy espaciadas varios minutos después. Los complejos agónicos del registro del ECG señalaron la muerte debida a la completa interrupción de la circulación sanguínea al cabo de seis minutos. Eran las 14: 30 h. De pronto –por vez primera en ese día frío y oscuro- un cálido sol bañó el parque (Kevorkian, 1990: 270).

Como se puede ver, ayudar a morir a una persona es una situación también difícil para el médico. Kevorkian experimentó cierto nerviosismo al momento que iba iniciar el procedimiento que ayudó a morir a Janet. De manera que se le ha criticado porque consideran que no tiene la experiencia necesaria para juzgar otras alternativas médicas para los enfermos que le solicitaron ayuda (Álvarez, 2005: 91), pero en realidad el procedimiento que utilizó Kevorkian fue muy adecuado y le permitió determinar que Janet no estaba influida por un estado depresivo, además

que también apoyó la decisión de que se sometiera a un tratamiento que consistía en un fármaco nuevo. Finalmente Kevorkian comprobó que no había ya posibilidades de recuperación para Janet y decidió ayudarla a morir. Desde el primer momento respeto la decisión, autonomía y dignidad de Janet. Quizá fue por ese motivo que decidió ayudarla a ponerle fin a su vida.

#### **4.7. El problema de la identidad personal en el enfermo de Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer es una afección neurodegenerativa que provoca deterioro en las funciones cognitivas pero principalmente en la memoria. Tiene un curso progresivo y en su estadio final el enfermo pierde la autoconciencia; la capacidad de ubicarse en el tiempo y el espacio. Perdiendo además su identidad personal, ya que no conoce su identidad, ni a quienes les rodean y finalmente pierde el sentido de lo que están sintiendo. Pero si el paciente decide no llegar a los estadios finales de esta enfermedad y deja en su testamento vital, —o le comenta al médico que se encuentra a su cargo— que cuando la enfermedad avance y su memoria quede deteriorada, entonces adelante su muerte mediante la eutanasia. Como se vio en el apartado anterior, en una situación como esta, los médicos no cumplen con este pedido porque consideran que una vez perdida la conciencia, el paciente ya no sufre y que incluso puede que sea feliz en su estado. En una conferencia en la cual se trataba el tema de la eutanasia, un médico holandés<sup>41</sup> que estaba a cargo de está, comentó que en su país a los únicos pacientes que no se les aplica la eutanasia, son aquellos que tienen alguna demencia, aunque en su estado de conciencia hayan elaborado su voluntad anticipada en la que solicitan que se termine con su vida cuando la enfermedad avance. Comentaba además que se enfrenta a un problema porque tiene por un lado, a un paciente que no es consciente de su deterioro y de su enfermedad, que observa como tranquilamente toma su té. Mientras que por otro lado, tiene un documento de voluntad anticipada —

---

<sup>41</sup> Memorias de la Conferencia *La Eutanasia en Holanda: valoraciones e implicaciones en políticas públicas*, a cargo del DR. Johannes JM van Delden, en el mes de mayo del 2008.

elaborado por el paciente cuando era competente— que indica que se adelante su muerte. Esto en el entendido de que un requisito para aplicar la eutanasia, o ayudar a morir a una persona, sea un sufrimiento físico y psicológico intolerable. Finalmente resuelve no aplicarle la eutanasia. Parece entonces que aquí se está presentando el problema que David Degrazia explica de la siguiente manera:

“El problema de algún otro”, porque en un sentido significativo el individuo demente, severamente dañado, es diferente de la persona que era antes del trastorno. El estado de demencia causa la pérdida de la personalidad, es decir, de lo que da identidad a una persona como tal. Por ello, es muy importante validar que lo que alguien quería para sí mismo, se aplique a “algún otro” (Álvarez, 2005. 94).

¿La enfermedad de Alzheimer implica entonces la existencia de dos personas en un sólo cuerpo en diferente tiempo? Recordando la noción de persona que propone Parfit, y todos los neolockeanos; cuya opinión coincide en que persona es todo aquel que posee autoconciencia, consciencia de su identidad y de su pasado, estas características no llegan a ser observadas en un enfermo de Alzheimer en un estadio avanzado. No es posible por lo tanto, hablar de la existencia de otra persona, porque el enfermo no ha desarrollado otra historia de vida, sino que únicamente ha perdido la conciencia de su identidad personal y su pasado, rasgos que son necesarios para poseer el estatuto de persona desde una noción Lockeano. El paciente, no reconoce a sus familiares, no sabe quién es, ni qué le pasa, ni en dónde se encuentra

Un escenario como este permite entender porque Parfit considera que no somos entidades que existan separadamente de nuestros cerebros. Esto por el motivo de que un síndrome neurodegenerativo llega a mermar completamente la memoria, al grado de que la identidad personal de un enfermo de Alzheimer se fractura completamente hasta desaparecer:

No somos entidades que existan separadamente, aparte de nuestros cerebros y de nuestros cuerpos, y de diversos sucesos físicos y mentales interrelacionados. Nuestra existencia conlleva sencillamente la existencia de nuestros cerebros y de nuestros cuerpos, y el llevar a cabo nuestros actos, y el pensar nuestros pensamientos, y la ocurrencia de otros sucesos físicos y mentales determinados. Nuestra identidad a través del tiempo no implica otra cosa que (a) la R –conexividad psicológica y/o continuidad psicológica- con la clase correcta de causa, dando por hecho (b) que esta relación no adopta una forma “ramificada”, dándose entre una persona y dos personas futuras diferentes (Parfit, 2004: 398-399).

Después del análisis de una serie de casos, Parfit llega a indicar que no es posible que nuestra identidad sea siempre determinada. Ya que siempre puede surgir la pregunta, ¿Estoy a punto de morir? Sin embargo, considera que no es cierto, en todo caso, que esta pregunta tenga que tener una respuesta positiva o negativa. En algunos, casos sería una pregunta vacía. Finalmente, concluye que la identidad personal no es lo que importa, sino la relación R, con cualquier causa. Esta relación es importante aunque, en un caso en el que una persona esté R-relacionada con otras dos personas, la relación R no proporcione identidad personal.

Podemos entonces concluir que las directrices adelantadas en el caso de un paciente con la enfermedad de Alzheimer en estado avanzado, no encierra un problema de identidad personal, pero si implica un problema de personeidad<sup>42</sup>. Después del análisis anterior, cabe plantearnos las siguientes interrogantes: ¿Cuál es entonces el estatuto ontológico que posee un enfermo de Alzheimer en estado avanzado una vez que perdió las características de persona que son propuestas en una noción lockeana de persona? ¿El poseer el estatuto de persona implica una

---

<sup>42</sup> La personeidad, según la terminología de Zubiri, refleja la dimensión última de la estructura del ser personal. Designa la conformación de la individualidad viva, en cuanto determinada por el espíritu. La personeidad lleva consigo la interioridad, una interioridad de autoconsciencia, y la posesión. Esta interioridad y autoposición hacen de la persona un ser inconmensurable y un ser que escapa a todo dominio [...] La persona es el ser que tiene la personeidad y la personeidad es esa base fundamental que permitirá el desarrollo de una personalidad en el tiempo. Dice Xavier Zubiri: “Se es persona, en el sentido de personeidad, por el mero hecho de ser realidad humana, esto es, de tener inteligencia” (Torralba, 2005: 382). Mientras que Wiggins señala que personeidad remite a sensibilidad, deseo, creencia, movimiento, memoria, etcétera (Wiggins, 1986:23). Sin embargo, se puede observar que ambos términos coinciden en el elemento psicológico y de la autoconsciencia.

categoría intrínseca moral con mucho más valor? Cuáles son los derechos que posee la persona y de qué es acreedora?

#### **4.8. ¿La condición de ser persona es un motivo para ayudar a morir o aplicar la eutanasia?**

Parfit como heredero de la noción lockeana de persona, al igual que Peter Singer, Engelhardt y John Harris, considera que el ser persona implica el poseer autoconsciencia y racionalidad. De manera que establece una diferencia entre persona y ser humano, y analiza las implicaciones morales a que esto conduce. La cuestión mental y lo referente a la autoconsciencia, son por lo tanto, elementos a los que se les otorga valor ya que determinan la posibilidad de poseer el estatuto de personidad e implica además ciertos valores y compromisos morales con todo aquel que posea los rasgos de persona<sup>43</sup>.

Como el factor o características del ser persona es el hecho de poseer inteligencia, pensamiento, racionalidad y autoconsciencia, la noción de persona adquiere un valor especial en el debate filosófico, esto debido a que dicha noción está particularmente adaptada a este contexto. Pero ahora toca determinar cuáles son los derechos y los compromisos morales que se tienen con las personas, debido a que poseen tales características. Engelhardt señala que Kant al examinar el fundamento de la moral, presentó lo que podría llamarse la gramática de una de las dimensiones más importantes de pensamiento humano, ya que las entidades racionales y autorreflexivas únicamente pueden interpretarse a sí mismas coherentemente como entidades morales y responsables (Engelhardt, 1995:153). De manera que nuestro concepto de entidades autorreflexivas y racionales, exige que nos consideremos como agentes morales, personas y sujetos cognoscentes. Las personas entonces adquieren importancia en las discusiones éticas, ya que poseen

---

<sup>43</sup> El *personalismo* es la doctrina que afirma el primado del individuo espiritual (persona física) sobre la colectividad y, por tanto, otorga a la persona el máximo grado en la escala axiológica (Hijar, 2007: 174).

derechos morales, y por lo tanto no pueden ser utilizadas sin su permiso. Engelhardt, expresa al respecto lo siguiente:

Se habla de personas con el fin de identificar las entidades que pueden, a su vez, culpar o alabar y, como resultados, pueden representar un papel en el núcleo de la vida moral. Para poder participar en el discurso moral, dichas entidades tienen que reflexionar sobre sí mismas, tienen que ser *autorreflexivas*. Además, tienen que ser capaces de imaginar reglas de acción para sí mismas y para otros, con el fin de imaginar la posibilidad de una comunidad moral. Tienen que ser seres *racionales*. Dicha racionalidad debe incluir una comprensión del concepto de merecimiento de culpa o alabanza: *un mínimo sentido moral* [...] Estas tres características: autorreflexión, racionalidad y sentido moral, identificaran a las entidades capaces de discurso moral (Engelhardt, 1995: 156).

Desde esta perspectiva que enfatiza la cuestión de la autoconsciencia y razón como posibilidad de poseer el estatuto de persona, se nos lleva a plantearnos un cuestionamiento referido a la práctica ética de la eutanasia y el suicidio asistido. ¿Es válido moralmente ayudar a morir al enfermo de Alzheimer que pide suicidio asistido o eutanasia? Esta pregunta ahora nos conduce a pensar que el hecho de que el paciente goce aún de autoconsciencia y racionalidad y posea el estatuto de persona —pero sobre todo porque él considera que es indigno continuar viviendo ese sufrimiento psicológico intolerable, y por padecer una enfermedad incurable que lo llevará a un fatal desenlace— lo hace acreedor entonces a que se atienda a su pedido y se adelante su muerte. Pero si recordamos que para Singer la consideración fundamental en las cuestiones morales es reducir toda forma de sufrimiento, tanto en una persona humana, como no humana, nos invita pensar, que la práctica de la eutanasia voluntaria y el suicidio asistido, resultan ser éticamente válidas.

Por otro lado, John Harris parte también de una noción lockeana de persona, pero proponiéndose ir más allá de la caracterización que plantea el empirista inglés. El bioeticista señala entonces, que Locke al considerar que el

requisito para tener el estatuto de personabilidad, consiste en la capacidad de valorar la propia existencia, la capacidad de razonamiento y reflexión, y que por lo tanto, una persona es —desde su concepción— capaz de valorar su propia existencia, ya que es un animal reflexivo, que dispone de la capacidad de contemplarse a sí mismo, de mirarse en el espejo y de enjuiciar si su existencia tiene o no valor y de tomar decisiones consecuentes (Torralba, 2005: 288). De manera que para Harris también la condición para ser persona, es ser primeramente, un individuo vivo capaz de valorar su propia existencia. Esto lo expone de la siguiente manera:

La persona humana, en tanto que ser reflexivo, es capaz de enjuiciar el valor de su existencia y también tiene la capacidad de desafiar los imperativos de la especie y de poner punto final a su vida, si llega a la conclusión de no merece ser vivida [...] El suicidio es una posibilidad humana que, en el esquema mental de Harris, no es, en sí mismo, moralmente reprobable. Si el sujeto interesado llega a la conclusión, previa valoración de su existencia, de que no merece la pena vivirla o que merece la pena morir por algún tipo de causa de orden social, político, religioso o el que fuere, no puede ser, a su juicio, censurado. (Torralba, 2005: 289).

Cada ser humano evalúa su existencia dependiendo sus criterios personales. Lo que tiene valor para una persona, no lo tiene para otra. Sin embargo, lo que se tiene en común entre las personas es la capacidad para valorar su propia vida, lo que no significa que lo valoremos del mismo modo. La vida de un ser humano cobra importancia en el momento en que se cuenta con criterios subjetivos para valorar su estar en el mundo. Esto significa someter la vida a una comprensión, a la capacidad de crítica y de distanciamiento.

Dado lo anterior, la actitud negativa que se tiene con respecto al suicidio, suicidio asistido, y a la eutanasia voluntaria, puede cambiar. La mayoría de las veces los pacientes en fase terminal llegan a estar bajo el influjo de medicamentos o procedimientos que amplían su tiempo de vida, pero esto los somete a periodos de gran malestar y dolor incontrolable; ante lo cual, los familiares son los que autorizaron tal proceder, ya que quieren que su familiar siga viviendo, sin importar

el estado en que se encuentra. Pero desde esta postura, es posible sostener que el enfermo es el único que experimenta el dolor debido a su enfermedad, de modo que únicamente él es acreedor de tomar una decisión con respecto al continuar con su vida, no sus familiares. Porque finalmente, lo que se tiene en común entre las personas es la capacidad de valorar sus propias vidas, aunque la valoración es distinta en unas y otras personas. Harris enlaza entonces, el estatuto de persona con la capacidad de autovalorar la vida:

De ahí se desprende que *ser persona* no es algo estático y permanente, sino mutable en función de la posesión de esta capacidad. La persona que sufre una grave enfermedad de orden mental que no le permite valorar su propia existencia ya no es, de hecho, una persona en el planteamiento de Harris, sino que, como veremos, es una *expersona*, el recuerdo de algo que fue, durante un tiempo, persona, pero ya no lo es porque carece de la capacidad de valorar su propia vida [...] Desde esta polémica concepción antropológica, los seres humanos son personas mientras tienen la capacidad para valorar su existencia. Cuando un ser humano adquiere esta capacidad, se convierte en persona y, del mismo modo, cuando una persona deja de tenerla, deja de ser persona, aunque naturalmente, no deja de ser miembro de la especie humana (Torralba, 2005, p. 292-293).

Visto desde este enfoque, el enfermo de Alzheimer —en fase temprana—, está en condiciones de valorar su propia vida y decidir ponerle o no fin a su existencia; ya que es el único que puede establecer sus criterios de valor. Mientras que el ayudarle a morir, o el autorizarle la aplicación de la eutanasia, es un acto que hace valer la autonomía de la persona<sup>44</sup>. Porque dignidad y autonomía también implican libertad de elección y el respeto a la voluntad de las personas.

---

<sup>44</sup> No es la *vida* en sí lo que es especial, son los individuos, de cuya vida hablamos, los que son especiales, y lo son debido a que son individuos, de cuya vida hablamos, los que son especiales, y lo son debido a que son individuos de una cierta clase. Desde esta perspectiva, no es el respeto a la vida, sino el respeto a las *personas* lo que constituye el imperativo moral que debe ser comprendido (Harris, 2004: 34).

## CONCLUSIONES

Parfit en su análisis sobre el problema de la identidad personal presenta diferentes casos que resultan ser de carácter inverosímil —tal y como lo expresan algunos autores— sin embargo, dichos casos muestran que la identidad personal no es tan fácilmente determinable. De modo que después de exponer sus casos imaginarios y sus respectivos análisis, define que en realidad la identidad personal no es lo que importa, más bien es la continuidad psicológica o supervivencia de los estados psicológicos. Esta tesis arroja elementos de gran importancia por el hecho de informar acerca de la dificultad que existe al momento de determinar la identidad personal. Pero los casos que presenta resultan hoy día aún ficticios, ya que la neurocirugía no ha avanzado lo suficiente.

Otro aspecto que merece ser destacado —debido al análisis realizado a la cuestión de la identidad personal y a lo referente a la importancia que otorga Parfit a la continuidad psicológica, así como a la valoración que hacen los neolockeanos a la autoconsciencia y racionalidad— es que se puede observar que el elemento psicológico ha comenzado a ser privilegiado desde diferentes posturas en filosofía de la mente, lo que permite el planteamiento de una nueva antropología filosófica que trae a cuenta la cuestión de la autoconsciencia. Quizá Parfit exagera el elemento psicológico, pero no se mantienen ciertos análisis hechos por él, tan alejados de la actualidad. La cuestión mental cobra entonces importancia, pero todavía más las funciones neuronales que posibilitan la existencia de esa mente, de los procesos cognitivos, del aprendizaje, atención, percepción y qué decir de la autoconsciencia. Como expresa el Dr. J. Kevorkian, es el estado mental de una persona lo que determina la esencia de su existencia (Kevorkian, 1991: 260). Y lo que determina la existencia de la mente, son las funciones neuronales, visto en su totalidad, el cerebro.

En su apartado sobre identidad personal y moralidad, Parfit sostiene que es más grave matar a una persona que a un ser humano, ante lo cual se puede interpretar superficialmente, que desde su postura y noción de persona, al aplicar la eutanasia a un enfermo de Alzheimer —cuando todavía es autoconsciente y hace

tal petición— lo considera incorrecto y grave. Sin embargo, se puede determinar que este autor considera que es menos grave adelantar su muerte cuando se encuentra en un estado avanzado de la enfermedad, ya que ha perdido su condición de persona y por lo tanto ya no es autoconsciente.

Asimismo se puede interpretar también que estaría de acuerdo en aplicar la eutanasia al enfermo que la solicita cuando todavía es consciente aún, por la razón de que se encuentra sufriendo. Parfit al recurrir a las dos versiones utilitaristas, propone que nuestro fin último es “la mayor suma neta” de felicidad sin dolor y que nuestro fin moral último es “la mayor suma neta de beneficios menos cargas” (Vallejo, 2008: 68). Con lo que respecta a la cuestión del problema moral que encierra lo referente a ayudar a morir o la eutanasia voluntaria, para Parfit no se incurre en un hecho tan grave si se refiere al enfermo de Alzheimer en el momento en que perdió la autoconciencia, dado que ya no es conciente de sí, y no existe la presencia de otros *yoes*. Es importante destacar que para este autor, por el hecho de privilegiar el estatuto de persona que lo acompaña, la autoconciencia y racionalidad, es que puede determinarse que estaría de acuerdo en respetar la voluntad anticipada del enfermo que desea se adelante su muerte cuando llegue a un estado de incompetencia.

Debido a la afección neurodegenerativa, un enfermo de Alzheimer pierde la autoconciencia, su memoria se ve fracturada y sus funciones cognitivas quedan deterioradas. Para Parfit, Singer, Engelhardt y Harris —como herederos de la tradición lockeana— el poseer el estatuto de persona implica la autoconciencia y racionalidad. De modo que privilegian un poco más al estatuto de persona que a la condición de ser humano. Asimismo, al poseerse el estatuto de persona es que los individuos pueden jugar un papel en la sociedad o ser un agente moral, motivo por el cual, se está en condiciones de poder tomar decisiones y elegir libremente.

Por el hecho de ser persona, es que existe un motivo con sentido ético para aplicar la eutanasia a una persona que la solicita por su propia voluntad, y que se encuentra padeciendo una enfermedad terminal, acompañada por un sufrimiento intolerable, ya sea físico o psicológico.

Constantemente se trae a cuenta en los discursos morales el aspecto de la dignidad, que visto desde esta óptica, implica el respeto a la voluntad de las personas, porque en el hecho mismo de ser conciente de sí mismo, se está en condición de poder valorar la vida y poder evaluar si tiene sentido o no, para continuar con ella si se padece una enfermedad como el Alzheimer. En los Países Bajos toman en consideración la cuestión de la autoconciencia, ya que respetan la autonomía de los pacientes en fase terminal, para elegir el momento de su muerte. Pero para aplicar la eutanasia en dicho país, el paciente debe firmar su voluntad anticipada, que será posible elaborar únicamente si se encuentra en un estado de lucidez y es conciente de sí mismo. La cuestión entonces de la autoconciencia, toma importancia en una práctica como esta, de modo que la aplicación de la eutanasia, es una práctica que se realiza sólo a individuos que poseen estatuto de persona.

No siempre en las discusiones bioéticas se toma en consideración la diferencia entre ser humano y persona. De manera que si se contara con una noción de persona, los problemas morales que son tratados, tomarían un mejor cauce, logrando más nitidez en la naturaleza de dichos problemas. No obstante, la noción de persona en la mayoría de las veces sólo se queda en el sentido filosófico de poseer características como la autoconciencia y racionalidad, pero no se ha hecho un amplio análisis de lo que esto implica en el ámbito de la moral y de la ética médica.

Comúnmente se hace referencia a la identidad personal sin tener en cuenta una noción de persona y se describe como persona a un individuo que no posee tales características. Los médicos en los Países Bajos resuelven no aplicar la eutanasia a un paciente en estado avanzado de la enfermedad de Alzheimer, a pesar de que el paciente haya firmado su testamento vital mientras se encontraba lúcido. Esto lo hacen porque lo observan tranquilo y consideran que probablemente es feliz en el estado en el que se encuentra. Pero tampoco le aplican la eutanasia porque quieren cuidarlo dado su estado de incompetencia, sin embargo lo que más influye en los médicos para que no terminen con su vida, es porque consideran que el paciente no tiene idea de que el médico pueda considerar adelantar su muerte.

Todo parece indicar que las directrices adelantadas en el caso de un paciente con demencia en estado avanzado, implica un problema de identidad personal. No obstante, el enfermo de Alzheimer con deterioro mental ya no tiene conciencia de sí mismo, elemento que se requiere para tener la condición de persona. De modo que esta situación más que representar un problema de identidad personal, implica uno de personeidad.

Debido a que los médicos no llegan a respetar las voluntades anticipadas, los pacientes que tienen alguna demencia y deciden adelantar su muerte, se ven en la necesidad de solicitar el suicidio asistido o la eutanasia, antes de llegar a un estado de incompetencia. Quizá si se respetara el testamento vital en el que la persona estipula que se termine con su vida una vez que tenga deterioro mental, probablemente la persona tendría más tiempo de vida y no se vería en la necesidad de solicitar la eutanasia en una etapa temprana de la enfermedad.

Se puede leer entre líneas que desde la postura de Parfit, Singer, Engelhardt y Harris, un enfermo de Alzheimer en estadio final no goza del estatuto de persona por el motivo de no poseer autoconciencia y razón, sin embargo, no consideran que quede desprovisto de dignidad, ni de ausencia de valor. De hecho, consideran que un ser humano no persona, como es el caso de individuos en estado vegetativo persistente, con demencia o retraso mental profundo etc., debe recibir un trato diferente que propicie también su dignidad. Un aspecto muy importante que señala Singer —y que es importante traer a consideración— es que a todo aquel que sea capaz de padecer dolor, se le debe evitar toda forma de sufrimiento, sin importar que sea humano, persona o animal.

Al revisar detalladamente la enfermedad de Alzheimer se pudo concluir que aún no existe ningún tratamiento contra esta enfermedad, ya que la destrucción sináptica y neuronal que provoca hace que resulte prácticamente una enfermedad crónica e irreversible. Lo único que es importante considerar son tratamientos que pueden detener un poco el proceso degenerativo y controlar la sintomatología psiquiátrica que acompaña a la enfermedad. Como también proveer de los medicamentos convenientes a la etapa en que se encuentra el enfermo, y orientar, así como comunicar a los cuidadores y al propio enfermo sobre el curso y desarrollo

de su enfermedad de todos los problemas que desde un principio y al final se irán presentando debido al padecimiento.

Por respeto a su autonomía es importante que al enfermo se le informe acerca de su diagnóstico, pues de no ser así, se le está quitando la oportunidad de tomar decisiones con respecto a su enfermedad y de vivir el proceso de su muerte.

Los cuidados paliativos resultan ser necesarios, pero no ofrecen mucho. Sin embargo, sí cubren ciertas necesidades, tanto del paciente como de los familiares y cuidadores, además de que procuran también el trato digno y con respeto hacia el enfermo. Pero con respecto a mitigar el dolor psicológico que presenta el paciente ante su enfermedad y a la espera de su deterioro, es difícil encontrar un paliativo para disminuir este sufrimiento.

Este tipo de enfermedad permite comprender que la dimensión biológica es determinante para la mente, entendida ésta como un conjunto de procesos o funciones cognitivas y mentales. Las personas que padecen esta enfermedad se enfrentan a una muerte en vida, porque lo que permite sentirse vivo, es la consciencia de sí, y ésta es posible, debido a los procesos de la memoria, la atención, el pensamiento, la razón y la voluntad. Estos elementos son fracturados debido al proceso neurodegenerativo de este mal. Si fuéramos acaso egos cartesianos —como señala Parfit— no existirían enfermedades de este tipo.

El que una persona diagnosticada de esta enfermedad tenga el deseo de morir, es una situación muy comprensible una vez que se ha revisado el curso y desarrollo del padecimiento y como en un estadio final el individuo queda en un estado de decrepitud.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALVARÉZ, A. 2005. *Práctica y Ética de la Eutanasia*, FCE, México.
- AMÉRY, Jean. 1998. *Levantar la mano sobre uno mismo: discurso sobre la muerte voluntaria*, Pre-textos, España.
- CAMPBELL, K. 1987. *Cuerpo y mente*. Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, México.
- CAMPION, D. Y HANNEQUIN, D. 2002. *La enfermedad de Alzheimer*, Siglo Veintiuno Editores, México.
- CARRASCO, M. 2004. La enfermedad de Alzheimer. *Un trastorno neuropsiquiátrico*, Ars Medica.
- CHURCHLAND, P. M. 1992. *Materia y conciencia. Introducción contemporánea a la filosofía de la mente*, Gedisa, Barcelona.
- COLEGIO DE BIOÉTICA. 2008. *Eutanasia: hacia una muerte digna*, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, México.
- DENNETT, D. 1989. *Condiciones de la cualidad de persona*, Cuadernos de crítica 45, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, México.
- DWORKIN, G. 2000. La eutanasia y el auxilio médico al suicidio, Cambridge, Madrid.
- DSM-IV-TS, 2005. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Masson, Barcelona.

EPICURO. 2007. *Epicuro. Obras completas*, Cátedra, Letras Universales, Madrid.

EZCUDIA H. Y CHAVEZ C. 2007. *Diccionario filosófico*, Limusa, México.

FRANKFURT, H. 2006. *La importancia de lo que nos preocupa. Ensayos filosóficos*, Katz, Buenos Aires, 2006.

GARCÍA, J. 2005. *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer (EA)*, Desclée de Brouwer, Universidad Pontificia Comillas, España.

GONZÁLEZ, J. 2007. *Ética y libertad*, FCE, México.

GONZÁLEZ, R. 2000. *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación*, Masson, Barcelona.

HANSBER, O. 2002. *Responsabilidad y libertad*, UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, FCE, México.

KEVORKIAN, J. 1993. *Eutanasia*, Grijalbo, Barcelona.

KEOWN, J. 2004. La eutanasia examinada. *Perspectivas éticas, clínicas y legales*, FCE, México.

KRAUS, A. Y ÁLVAREZ, A. 1999. *La eutanasia*, Tercer Milenio, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

LOCKE, J. 1999. *Ensayos sobre el entendimiento humano*, FCE, México.

NULAND, S. B. 1995. *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*, Alianza Editorial, Madrid.

OLIVE, L. 1994. *Identidad Personal y Colectiva*, Cuadernos, UNAM, México.

PLATÓN. 2008. *Diálogos I*, Gredos, Madrid.

PARFIT, D. 1983. *Identidad Personal*, Cuadernos de crítica, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, México.

\_\_\_\_\_ 2004 *Razones y personas*, A. Machado Libros, S.A, Madrid, 2004.

RODRIGUEZ, D. 2005. *Una muerte razonable*. Testamento vital y eutanasia, Desclée De Brouwer, 2005.

SEARLE, J. R. 2000. *El misterio de la conciencia*, Paidós Ibérica, Barcelona.

SENECA. 2003. *Tratados filosóficos*, Porrúa, México.

SERRANO, J. 2007. *La eutanasia*, Ediciones Internacionales Madrid.

SHOEMAKER, S. 1981. *Las personas y su pasado*, Cuadernos de crítica, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, México.

SINGER, Peter. 2003. *Desacralizar la vida humana*, Cátedra, Madrid.

\_\_\_\_\_ 1997. *Repensar la vida y la muerte*, Paidós, Barcelona.

TORRALVA, F. 2005 *¿Qué es la dignidad humana?*, Herder, Barcelona.

VALLEJO, M. G. 2008. Ser persona. *El estatuto de la identidad personal en la obra de Derek Parfit y de Paul Ricoeur*. Tesis de maestría, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México.

WIGGINS, D. 1986. Locke, Butler y la corriente de la conciencia: *los hombres como una clase natural*, Cuadernos de crítica 44, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM, México.

HENNZEL, M. 2001. *Tentación de la eutanasia*, Nueva imagen, México.

Conferencia:

Memorias de la Conferencia *La Eutanasia en Holanda: valoraciones e implicaciones en políticas públicas*, a cargo del DR. Johannes JM van Delden, en el mes de mayo del 2008. México, D.F.