

# Un análisis de la noción de identidad personal como fundamento de la validación de las directivas anticipadas

Autor:

Belli, Laura Florencia

Tutor:

Cohen, Diana

2013

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Filosofía

Posgrado



Tesis doctoral

**Un análisis de la noción de identidad personal como  
fundamento de la validación de las directivas  
anticipadas**

**Lic. Laura Florencia Belli**

Directora: Dra. Diana Cohen

Consejera de estudios: Dra. Diana Inés Pérez



## Tabla de contenidos

Agradecimientos.....	5
Estructura de la tesis .....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	13
1.1. Cuestiones asociadas a la identidad personal.....	17
1.2. La persistencia de la identidad a lo largo del tiempo.....	19
2. EL NACIMIENTO DE LAS TEORÍAS MODERNAS DE LA IDENTIDAD PERSONAL... 27	
2.1. El cogito como fundamento de la identidad personal.....	36
2.2. Teoría de la continuidad psicológica.....	39
2.3. Críticas a la teoría de la continuidad psicológica.....	49
2.3.1. Circularidad de la propuesta lockeana.....	51
2.3.2. Otras objeciones a la explicación lockeana de la identidad personal .....	56
2.3.3. El abandono de la identidad personal.....	62
3. DESARROLLOS CONTEMPORÁNEOS DE LA IDENTIDAD PERSONAL .....	77
3.1. El criterio físico: identidad fundada en la continuidad de los cuerpos.....	79
3.2. Una propuesta reduccionista .....	88
3.3. Identidad narrativa .....	98
3.3.1. Identidad e interrelación .....	98
3.3.2. Identidad, mismidad e ipseidad .....	104
4. LA IDENTIDAD PERSONAL COMO CRITERIO DE DECISIÓN MORAL.....	115
4.1. La identidad personal y su relación con la ética .....	118
4.2. La identidad personal y su relación con la bioética .....	125
4.3. Identidad y directivas anticipadas.....	128

5. EL DEBATE CONTEMPORÁNEO SOBRE LA VALIDEZ DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN RELACIÓN CON LA IDENTIDAD PERSONAL.....	133
5.1. Directivas, identidad y el argumento de la esclavitud.....	142
5.2. Intereses de experiencia vs. intereses críticos.....	153
5.3. Autonomía vs. beneficencia.....	159
5.4. Defensa de las directivas anticipadas desde la narrativa .....	164
5.5. Directivas anticipadas vs. elecciones contemporáneas .....	170
5.6. Identidad actual e intereses actuales.....	177
5.7. Autonomía y deseos individuales.....	181
5.8. Discontinuidad de intereses y directivas anticipadas .....	186
5.9. Autonomía precedente e identidad personal.....	192
5.10. Identidad moral, no identidad personal.....	199
6. EL FRACASO DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS .....	207
6.1. Dudas en torno de las directivas anticipadas.....	210
6.2. Directivas anticipadas y políticas públicas.....	214
6.3. Directivas anticipadas y retiro de soporte vital.....	218
6.4. El ocaso de las directivas anticipadas .....	223
6.5. Directivas anticipadas y el fin de la autonomía .....	228
6.6. La intención original de las directivas anticipadas .....	234
6.7. La falsa promesa de las directivas anticipadas.....	239
7. CONCLUSIÓN .....	245
APÉNDICE.....	257
Países con leyes que regulan el uso de directivas anticipadas .....	259
La regulación de las directivas anticipadas en la legislación argentina .....	261
BIBLIOGRAFÍA.....	267

## Agradecimientos

Me gustaría agradecer al CONICET. En el año 2010 fui beneficiada con una beca interna de posgrado tipo II la cual cambió de manera radical y positiva el modo en el cual pude dedicarme a la investigación y a la escritura de este trabajo. Hubiera sido una meta difícil de conquistar de otro modo.

Agradezco también a la Universidad de Buenos Aires, lugar de formación tanto de mis estudios de grado como de posgrado. Tengo la suerte de haber sido alumna y docente de mi *alma mater* y disfruto de ser parte de esta institución y su gente, responsables directos del compromiso con que llevo adelante mi carrera.

Quiero realizar dos menciones especiales: al Kennedy Institute of Ethics (Georgetown University) y a la RedBioética UNESCO. Fui becaria de cursos ofrecidos por ambas instituciones, lo que me permitió acceder a la mayor parte de la bibliografía con la que llevé adelante mi investigación. Tuve la suerte también de poder discutir con sus miembros ciertas ideas en torno de este trabajo lo cual me ha permitido dar cuenta de diferencias y similitudes entre perspectivas pertenecientes a dos regiones tan diferentes de nuestro continente.

Mi directora, Diana Cohen Agrest, merece un reconocimiento especial. Fue también mi directora de tesis de grado y soy afortunada de poder decir que ella es quien me acompaña y me guía desde hace años. Ha demostrado paciencia, entusiasmo y compromiso hacia mi trabajo en todo momento y nunca he dejado de contar con su apoyo, inclusive en los tiempos adversos que le han tocado enfrentar. Mi gratitud hacia ella, simplemente, no puede ponerse en palabras.

Quiero agradecer también a María Luisa Pfeiffer quien aceptó presentarme para la beca del CONICET y con quien comparto un firme punto de vista sobre la dirección que mi campo de estudio debería llevar. En ella no encontré más que palabras de aliento y de reconocimiento a cada uno de mis intentos por ser mejor en el camino que elegí seguir. Desde el primer momento ha sabido guiarme y me ha abierto numerosas puertas permitiéndome crecer tanto personal como profesionalmente. Este trabajo es también muestra de cuánto me ha servido su apoyo.

A todas las personas que hacen bioética y con las que tuve el gusto de trabajar y formarme en estos años, con especial mención a Silvia Quadrelli y a Juan Carlos Tealdi.

Mi agradecimiento eterno como doctoranda y todo mi cariño como amiga a Tomás Balmaceda. Él recorrió este camino antes que yo y me brindó su ayuda de manera incondicional. Me comprometo a hacerlo del mismo modo con quienes vengan después de mí.

A mis amigos del grupo Membrillar, unidos por la casualidad y la Facultad de Filosofía y Letras, con quienes compartimos nuestras vidas desde hace años. Mi cariño hacia ellos es inmenso.

A mi mamá, por haber generado en mí el interés y el amor por lo que hago y por acompañarme y apoyarme siempre.

Finalmente, mis agradecimientos más sentidos son para Pablo, la persona más importante, mi compañero de vida. Con él a mi lado comencé mi carrera y con él a mi lado he llegado hasta aquí. Y en todos los años que pasaron fue él quien nunca permitió que me diera por vencida y quién creyó siempre en mí, aún cuando ni yo misma lo hacía. Nada hubiera sido posible sin su amor y apoyo incondicional.

A pesar de las incontables horas que pasé investigando y escribiendo este trabajo en soledad, tuve la suerte de siempre haber estado acompañada. Todas las personas que figuran en estos agradecimientos han contribuido a que esto sucediera.

## Estructura de la tesis

Este trabajo analiza la pertinencia de las teorías filosóficas acerca de la identidad personal como justificación de la validez de los documentos de directivas anticipadas sobre tratamientos médicos.

En los tres primeros capítulos, se presentan y analizan críticamente diferentes propuestas en torno de la clarificación de la noción de identidad personal. En el *capítulo uno* se presentan los problemas teóricos y prácticos más comunes en torno de esta cuestión, los que hacen evidente la necesidad de establecer un criterio sólido de identidad personal. En el *capítulo dos* se analizan los orígenes de las diferentes teorías acerca de esta cuestión, poniendo especial atención en las propuestas de los filósofos modernos -especialmente al criterio de continuidad psicológica presentado por John Locke-, así como también sobre las objeciones que les formularon sus contemporáneos. En el *capítulo tres*, se exponen y analizan críticamente tres de los desarrollos contemporáneos más importantes de las teorías sobre la identidad personal: el criterio físico -defendido por Bernard Williams-, la propuesta reduccionista -elaborada por Derek Parfit- y la perspectiva narrativa -en las versiones de Charles Taylor y Paul Ricoeur-. El recorrido crítico que se realiza en los tres primeros capítulos permite profundizar, más adelante, en los debates contemporáneos acerca de la justificación de la validez de los documentos de directivas anticipadas a partir de la apelación a una u otra teoría de identidad personal.

El *capítulo cuatro* opera a modo de bisagra, dado que allí se establece y analiza la relación entre las teorías de identidad personal y la ética, mostrando su pertinencia en cuestiones relacionadas con la ética práctica, en particular, con las directivas anticipadas.



El *capítulo cinco* gira en torno del debate suscitado hace más de dos décadas en torno de una serie de artículos escritos por reconocidos bioeticistas, quienes manifestaron su desacuerdo con la validez ética de las directivas anticipadas. Tanto detractores como defensores de estas herramientas de toma de decisiones fundaron sus argumentos en teorías acerca de la identidad de las personas. En ese capítulo se presentan y analizan tres posiciones. En primer lugar, la de los defensores de las directivas anticipadas -Ronald Dworkin, Ben Rich, Michael Newton, Helga Kuhse y Michael Quante-; en segundo lugar, la de los detractores -Rebecca Dresser, Allen Buchanan, Sanford Kadish y Daniel Callahan-; y, finalmente, una tercera postura -sostenida por Tom Beauchamp- que cuestiona las bases mismas de todo ese debate, desafiando la idea de que la noción de identidad personal pueda ofrecer algún tipo de solución.

El aparente fracaso del intento de justificar la validez de las directivas anticipadas se debe en gran parte a la imposibilidad de fundarlas en un criterio de identidad personal. Este problema dio lugar a un nuevo debate, esta vez centrado en cuestiones asociadas con el valor intrínseco de estos documentos. El *capítulo seis*, presenta y analiza diferentes motivos por los que, lejos de ofrecer una solución simple y unívoca a la toma de decisiones en salud, estos documentos generan graves problemas morales. Las razones son variadas: generan conflictos irreconciliables entre autonomía y beneficencia -como señalan John A. Robertson y Christopher J. Ryan-, apelan a una noción de autonomía demasiado estricta -según observan Sharon Ikonomidis y Peter A. Singer- o socavan por completo el respeto a la autonomía -advierten Angela Fagerlin y Carl E. Schneider, así como Robert Burt-. Frente a dichos cuestionamientos -esta será la propuesta de Hickman, et. al. y Henry Perkins- parece inevitable el abandono de la forma clásica de estos documentos.

Los esfuerzos en la actualidad se encuentran puestos en ofrecer una alternativa viable al modelo clásico de estos documentos. En el *capítulo siete*, con el cual concluye esta exploración, se presenta una nueva propuesta que intenta

dar cuenta de las ventajas de las directivas anticipadas, superando los cuestionamientos que se les han realizado desde sus inicios.



# **CAPÍTULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**



## 1. INTRODUCCIÓN

Hace relativamente poco tiempo las personas enfermaban y, simplemente, morían. Este parecía ser nuestro destino y la muerte se precipitaba en cuestión de días y, en algunos pocos casos, semanas o meses. El fin de nuestras vidas se acompañaba de significaciones religiosas o culturales y a menudo nos encontraba rodeados de nuestras familias o allegados (Baudouin; Blondeau, 1995). Los avances producidos en las ciencias médicas en los últimos cincuenta años han modificado considerablemente dicha situación. Hoy en día, por lo menos en gran parte de Occidente, las personas alcanzan edades sumamente avanzadas en comparación con sus parientes de generaciones anteriores. Pero este avance, a primera vista beneficioso, trae aparejado un problema que hoy ocupa un lugar central en la medicina: el envejecimiento poblacional conlleva una serie de enfermedades que aquejan a las personas durante bastante tiempo antes de que se produzca la muerte (Callahan, 1987).

Los avances en salud producidos en las décadas pasadas han logrado vencer muchas de las condiciones que precipitaban la muerte, haciendo posible que vivamos unos años más allá de las fronteras de lo que antes se esperaba. Pero con estos adelantos, paradójicamente, parece haberse abierto una puerta para nuevas enfermedades que amenazan con causar el lento ocaso de nuestros cuerpos y mentes.

La atención de la salud al final de nuestras vidas se encuentra ahora orientada casi con exclusividad hacia la atención de estas condiciones crónicas y enfermedades degenerativas, muchas de las cuales son progresivas pero no mortales a corto plazo. Gran parte de nosotros -y se espera que cada vez seamos

más<sup>1</sup>- terminaremos nuestros días luchando contra un fin que se nos antoja tan certero como lejano.

Esta perspectiva futura marca una diferencia importante con el modo en que la muerte se presentaba a las generaciones pasadas no tan distantes en el tiempo. Las cosas han cambiado tanto y con tanta rapidez desde entonces a estos días que aún hoy carecemos del lenguaje apropiado para dar cuenta de esa realidad a las que nos enfrentaremos más tarde o más temprano. El vacío conceptual se debe, en gran parte, a la proliferación de medidas sanitarias dirigidas a prolongar los últimos momentos de la vida de una persona enferma, a veces hasta límites insospechados. La medicina moderna ha llegado a ubicarnos en situaciones en las que, escapando de la amenaza de una condición fatal, nos sentimos temporalmente inmortales pero sin dejar de saber que eventualmente sucumbiremos ante ella.

Los avances en medicina, que se suceden cada vez con mayor celeridad, han puesto a prueba nuestras concepciones más básicas y pre-filosóficas, aquellas que indican que quienes cargan sobre sus espaldas con una sentencia de muerte, poseen poco tiempo para compartir con sus seres queridos. Hoy en día no puede decirse que así sea: debido a que muchas de estas enfermedades, otrora mortales a corto plazo, adquieren una forma crónica, puede suceder que las personas vayan perdiéndose y desconectándose poco a poco del medio que las rodea, durante meses e incluso años antes de la que muerte les sobrevenga efectivamente.

Uno de los mayores problemas que esta realidad trae aparejada se relaciona con el hecho de que las personas que se encuentran como protagonistas en dichas situaciones no poseen más que incertidumbre acerca de lo que los aqueja y no parecen encontrar guía ni en sus creencias ni en sus

---

<sup>1</sup> OMS (2011) ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? Preguntas y respuestas en línea. Versión digital: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>. Consultado por última vez el 15 de enero de 2012.

experiencias previas acerca de la vida y la muerte para dar sosiego a sus preguntas. Que nuestras concepciones y nuestro lenguaje no hayan logrado dar cuenta de estas nuevas realidades muestra la velocidad con la que se han producido estos avances en las ciencias de la salud. Parece necesario, entonces, resignificar nuestras concepciones más profundas acerca del momento de nuestras muertes.

Estas nuevas realidades han obligado también a reacomodar constantemente dichos cambios a nuestra perspectiva teórica sobre estos problemas a la hora de realizar un análisis sobre situaciones relacionadas con estas problemáticas. En el campo de la bioética, como se verá a lo largo de este trabajo, las opiniones acerca de cuál es el camino correcto a seguir muchas veces se ven modificadas en función de las nuevas realidades con las que continuamente nos enfrentan los avances en salud. Las preocupaciones van cambiando, los objetos de estas preocupaciones sufren profundas transformaciones y las propuestas deben acomodarse a estos cambios para no quedar obsoletas (Jonsen, 1998).

Hoy en día, el deseo de la mayor parte de las personas parece haber cambiado de “vivir muchos años, para disfrutar de mis seres queridos” a “llegar a una edad avanzada sin sufrir los embates del tiempo, para poder disfrutar de mis seres queridos”. Una vejez feliz ya no se mide en años de vida, sino en la calidad de vida de esos años. Y es por ese motivo que, frente a esta realidad, que cualquiera de nosotros puede tener que confrontar, el deseo de “terminar bien los últimos días” posee cada vez más peso.

Son estos deseos los que parecen haber impulsado en parte la creación de los documentos de directivas anticipadas en el ámbito de la salud. Estas instrucciones prospectivas se pueden comprender, a grandes rasgos, como formas de consentimiento para asegurar una atención sanitaria acorde a los intereses de un sujeto, que entrarán en vigencia cuando éste ya no se encuentre



apto para manifestar su voluntad (Buchanan, 1988; Brock, 1991; Buccafurni, 2004)<sup>2</sup>.

Desde sus inicios, quienes alientan el uso de dichas herramientas, señalan que las mismas adquieren cada vez más relevancia, especialmente considerando el constante aumento de la expectativa de vida en las sociedades industrializadas con el consiguiente envejecimiento de la población. En estas sociedades la muerte se produce, en la gran mayoría de los casos, en los centros de salud y acontece luego de un período más o menos largo en que el individuo es incapaz de tomar decisiones por sí mismo (Siurana 2005, p. 9). De manera conjunta con la frecuencia y velocidad con la que se generan nuevos conocimientos en el campo de la salud, surgen nuevos escenarios con posibilidades antes insospechadas de intervención sobre nuestras vidas y nuestras muertes. Los documentos de directivas anticipadas son pensados para ofrecer a la persona la posibilidad de regular, a futuro, dichas intervenciones.

El carácter de la presente investigación, si bien es esencialmente de índole teórica, aspira a examinar también las proyecciones prácticas de la noción de identidad personal en relación con la validez de las directivas anticipadas en sujetos cuyas capacidades cognitivas se encuentran alteradas en forma permanente y cuyo estado puede generar cuestionamientos a la noción de identidad. En la lectura de este trabajo, no puede perderse de vista que la finalidad del mismo no es presentar un estudio acabado sobre todas las discusiones en torno de los problemas relacionados con la noción de identidad personal, sino examinar sólo las propuestas relevantes a la discusión sobre la validez de las directivas anticipadas.

---

<sup>2</sup> En los capítulos 5 y 6 del presente trabajo se realiza la presentación y el análisis detallado de estos documentos.

## 1.1. Cuestiones asociadas a la identidad personal

Antes de comenzar formalmente el análisis del tema central de este trabajo, parece apropiado clarificar ciertas cuestiones asociadas al problema general de la identidad personal. Esto permitirá brindar un enfoque más amplio y, a la vez, un marco de análisis en el cual encuadrar los temas que trabajaremos a continuación.

No existe un único problema asociado a la noción de identidad personal. Se trata de una amplia gama de cuestiones que, en su gran mayoría, se encuentran conectadas entre sí de un modo u otro. Las preguntas formuladas históricamente en torno de estos problemas toman diferentes formas: ¿Qué soy? ¿Qué tipo de cosas, desde una perspectiva metafísica, somos las personas? ¿De qué estamos hechos? ¿estamos hechos completamente de materia o parcialmente de otra cosa? ¿Somos sustancias, seres metafísicamente independientes? ¿O acaso somos estados o aspectos de alguna otra cosa, proceso o evento? ¿Cuáles de nuestras propiedades son esenciales? ¿las poseemos de forma accidental o contingente?

Podemos mencionar, como uno de los más importantes, el problema de determinar qué somos. A menudo, en un sentido pre-teórico, hacemos referencia a la identidad personal como lo que hace que seamos lo que somos. La identidad, en este sentido, consiste en lo que nos hace únicos como individuos y diferentes de los demás. Puede corresponderse con el modo en que nos definimos a nosotros mismos o con el entramado de valores y convicciones que guían nuestras vidas. Este tipo de identidad se define por un conjunto de propiedades que poseemos de modo contingente y de manera temporal y, entendida de este modo, admite cambios significativos a lo largo de nuestras vidas.

Un enfoque diferente consiste en preguntar qué es una persona. En otras palabras, qué se necesita, y es suficiente, para que podamos decir de un individuo que es una persona y qué marca las diferencias con las no-personas. Estas

preguntas se dirigen a la definición de la noción de persona como algo cualitativamente diferente de un ser humano.

Como analizaremos en profundidad en el apartado siguiente, otro modo de enfrentar el problema de la identidad personal es través de la pregunta por su persistencia a lo largo del tiempo. En otras palabras, aquello que hace que una persona persista una y la misma de un momento a otro. Este criterio de persistencia es al que apelamos intuitivamente cada vez que nos reconocemos en fotografías del pasado, pensamos en nuestra niñez, nuestra adolescencia y recordamos sucesos de los que formamos parte a lo largo de nuestras vidas.

Un enfoque complementario al de la persistencia en el tiempo es el enfoque basado en la evidencia. La principal fuente de la evidencia en primera persona es la memoria: el recuerdo de haber llevado a cabo alguna acción en particular en conjunción con el hecho de que alguien efectivamente llevó a cabo dicha acción parece ofrecer evidencia suficiente de que fue uno mismo quien realizó dicha acción. Dentro del mismo enfoque, otra fuente de la evidencia puede ser la continuidad física: si la persona que llevó a cabo dicha acción es en algún sentido físico o espacio-temporal continua conmigo mismo, parecería haber razones suficientes para pensar que fue uno quién llevo a cabo la acción.

Como veremos más adelante<sup>3</sup>, históricamente las preocupaciones en torno de determinar en qué consiste la identidad personal nacieron de la esperanza (o el temor) de que la existencia se extendiera más allá de nuestras muertes. Que la muerte biológica implique el fin de la existencia de una persona es una idea que ha sido desafiada tanto desde los albores del pensamiento humano como desde los inicios mismos de la filosofía occidental (Copleston, 1969).

Las propuestas ensayadas durante siglos con el fin de responder a la pregunta por la identidad personal son variadas: algunos pensadores sostuvieron

---

<sup>3</sup> Ver capítulos 2 y 3.

que una posible solución puede ser considerar a la persona como un organismo biológico. Otros propusieron pensarnos como compuestos formados por un alma inmaterial y un cuerpo material. Y no han faltado quienes, desafiando nuestras intuiciones, declararon que la identidad personal no es más que una ficción.

Con independencia de la respuesta que pueda ser ofrecida, cabe también preguntar: ¿por qué es importante definir la noción de identidad personal? ¿Cuál es la importancia práctica de la determinación de nuestra identidad y persistencia? ¿Por qué deberíamos preocuparnos por eso? ¿Tiene relación con los sistemas éticos bajo los cuales guiamos nuestras vidas? Si es así ¿de qué tipo de relación se trata?

Esta última problemática mencionada cobra especial importancia, ya que parece que se debe conceder que la responsabilidad moral que recaiga sobre una persona determinada depende de que esta sea la misma persona que aquella que realizó los actos por la que se la juzga. Parece evidente que tomamos decisiones pensando en sus consecuencias futuras porque estamos convencidos de que dichas consecuencias recaerán sobre nosotros.

Todos estos problemas que hemos mencionado se encuentran estrechamente relacionados con las cuestiones acerca de la identidad personal, aunque su análisis, como veremos a continuación, no se agota en ellas. En los apartados siguientes dentro de este capítulo, introduciremos a grandes rasgos las problemáticas en torno de la identidad personal que se analizarán en detalle en los capítulos siguientes -a través de las propuestas de diferentes autores- y que serán retomadas en el debate en torno de la validez de las directivas anticipadas en relación con la identidad personal.

## **1.2. La persistencia de la identidad a lo largo del tiempo**

La cuestión relativa a la persistencia de la identidad personal a lo largo del tiempo es, en el fondo, una pregunta acerca de nuestras vidas y nuestras muertes. Las respuestas que históricamente se han ensayado frente a este interrogante no son más que explicaciones ofrecidas para responder a la pregunta acerca de las condiciones que garantizan nuestra supervivencia o marcan nuestro fin.

Como veremos a lo largo de este trabajo, las teorías acerca de la identidad personal parecen poseer importantes implicaciones tanto éticas como metafísicas: en conjunción con ciertas premisas normativas, pueden justificar o condenar prácticas relacionadas con la toma de decisiones sobre la vida y la muerte.

La apelación a una teoría de la identidad personal, entre otras cosas, nos permite determinar si acaso somos los mismos desde nuestro nacimiento y a través de la adquisición de capacidades cognitivas complejas hasta nuestra adultez o, si hallándonos en un estado vegetativo persistente, es correcto pensar que seguimos siendo la misma persona que una vez fuimos.

No debería resultarnos sorprendente que muchos de los grandes filósofos hayan realizado serios intentos de resolver los problemas relacionados con esta noción, e incluso que la gran mayoría de los sistemas de creencias religiosas intenten también ofrecer respuestas a la cuestión de la persistencia de la identidad de las personas. Del mismo modo, no es extraño que todos, de un modo u otro, poseamos ciertas nociones pre-filosóficas acerca de nuestra identidad, aunque sólo sean las relacionadas con la posibilidad de sobrevivir a la muerte de nuestros cuerpos.

La compleja tarea de resolver el problema metafísico de la identidad personal consiste, en esencia, en responder a la pregunta de cuál es el fenómeno o el principio en virtud del cual las entidades que reconocemos como idénticas a nosotros mismos persisten a través del tiempo. En otras palabras, se trata de definir qué se halla detrás del hecho de que podamos considerar a una persona hoy, la misma persona que vimos ayer.

El intento de ofrecer una noción clara de identidad personal se enfrenta con interrogantes acerca de nosotros mismos en virtud de nuestro auto-reconocimiento y el reconocimiento de los demás en tanto personas. Muchas de estas preguntas son bien conocidas y todos, en mayor o menor medida, hemos reflexionado sobre ellas: ¿qué soy? ¿Qué cosa -si acaso alguna- va a sucederme luego de mi muerte? ¿En qué momento comenzó mi vida? La pregunta acerca de la persistencia a lo largo del tiempo puede, también, presentarse de esta forma: ¿bajo qué circunstancias un individuo que existe en un tiempo determinado es idéntico a un individuo que existe en otro tiempo diferente al primero? Pocas cuestiones han sido fuente de tantos malentendidos. En primer lugar, no se debe perder de vista que el criterio de persistencia de la identidad personal a lo largo del tiempo es tanto necesario como suficiente para realizar la afirmación de que un individuo en el pasado y en el futuro es uno y el mismo individuo en diferentes momentos. Es decir, su fin es despejar las dudas acerca de si son dos individuos diferentes o si se trata del mismo.

En segundo lugar, el criterio de persistencia hace referencia a la identidad numérica de las personas, lo que lo diferencia de la identidad cualitativa. Las cosas son cualitativamente idénticas cuando son exactamente iguales. En el caso de las personas, por ejemplo, los gemelos idénticos pueden ser cualitativamente idénticos, pero no puede decirse de ellos que sean numéricamente idénticos<sup>4</sup>. En relación con el problema de la identidad personal se debe notar que la identidad numérica no se corresponde necesariamente con la identidad cualitativa. Una persona puede sufrir múltiples cambios a lo largo de su vida, como de hecho sucede, y sin embargo no decimos que se trata de una persona diferente, sino de la misma persona. Esta confusión de la identidad cualitativa con la identidad

---

<sup>4</sup> Este ejemplo es tomado de Olson, Eric T., "Personal Identity", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (2010), Edward N. Zalta (ed.) Disponible en URL: <<http://plato.stanford.edu/archives/win2010/entries/identity-personal/>>. Consultado por última vez el 15 de enero de 2012.

numérica ha sido una fuente de malentendidos en los análisis en torno de la cuestión de persistencia de la identidad personal.

En tercer lugar, se deben señalar los cambios cognitivos que se producen constantemente en las personas. A menudo, se suele pensar de las personas que perdieron gran parte de su memoria o que sufrieron notorios cambios de personalidad, que ya no son las mismas personas que conocíamos en el pasado. Quienes sostienen que si sobrevienen cambios radicales a nivel cognitivo se debe hablar de una persona diferente de la persona que alguna vez fue, apelan a argumentos basados en criterios psicológicos para determinar las características que definen nuestra personalidad. La persistencia de la identidad personal, en ese caso, se vería afectada frente a deterioros cognitivos graves.

Estos equívocos parecen inevitables porque en nuestro uso común del lenguaje, el término identidad presenta múltiples significaciones: hace referencia a la identidad numérica, a la identidad cualitativa, a la identidad psicológica, a la identidad sustancial y a la identidad personal, entre muchas otras. Lo que resulta claro es que las respuestas a estos malentendidos poseen a menudo importantes implicaciones éticas, especialmente en relación con problemáticas en torno al comienzo y al final de la vida (Belvedresi, 2004).

A modo de disparador para comenzar a pensar esta problemática, es interesante examinar un experimento mental presentado por David DeGrazia en relación con el problema de la identidad personal y el cambio, que da lugar a la formulación de preguntas interesantes en torno de cuál es el criterio que mejor da cuenta de la identidad de las personas:

“Penélope estaba segura de que deseaba la operación. Sabía que hasta ahora, el año 2061, más de un centenar de personas se habían sometido a trasplantes de cuerpos. Como le habían explicado los cirujanos [el procedimiento] era el siguiente: una mujer saludable de treinta y tres años ... sufrió un accidente de auto y como resultado se

encontraba en este estado por lo cual, siguiendo sus directivas, su cerebro sería removido y desechado, haciendo lugar para el de Penélope ... Un cirujano le recordó [a Penélope]: ... “luego de remover tu cerebro de tu cuerpo invadido por el cáncer -el que no es posible que sobreviva por más de unos meses- lo uniremos al cuerpo de la donante. ¡Tenemos confianza en que pocos días después de la operación te despertarás y descubrirás que posees un cuerpo nuevo y saludable!”. (2005, p. 11).

Si pensamos en Penélope luego de la operación ¿estaríamos dispuestos a conceder que la identidad personal resiste ese cambio? Y si respondemos afirmativamente ¿estaríamos dispuestos a sostener que resiste a todo tipo de cambios, por más extremos que estos sean? ¿o acaso hay un límite que marca el fin de la personalidad y el surgimiento -o no- de otra?

En los próximos dos capítulos nos centraremos en los diferentes enfoques propuestos para dar respuesta a los interrogantes presentados, a fin de poder presentar las ideas propias sobre la validez de las directivas anticipadas en relación con las teorías filosóficas en torno de la identidad personal.

En primer lugar, nos centraremos en el enfoque psicológico, nacido con la Edad Moderna, inaugurado por el *cogito* cartesiano, brindando especial atención la teoría lockeana de la continuidad psicológica, debido a su vigencia y a las numerosas críticas que aún hoy se le formulan (capítulo 2).

A continuación se presentarán tres vertientes de los desarrollos contemporáneos de la identidad personal formulados como intentos de respuesta y superación a las críticas que las teorías modernas recibieron. A saber: el criterio físico, de acuerdo con el cual la identidad a través del tiempo se sostiene gracias a la continuidad de los organismos biológicos; una versión revisada del criterio



psicológico; y el criterio narrativo, un intento de superación de las dos perspectivas clásicas, que da cuenta de la identidad de las personas a partir de las narrativas a través de las cuales construyen sus vidas y que forman parte de una historia más amplia que incluye también a los otros con quienes estas personas se relacionan y con quienes comparten sus vidas (capítulo 3).

**CAPÍTULO 2**

**EL NACIMIENTO DE LAS TEORÍAS  
MODERNAS DE LA IDENTIDAD  
PERSONAL**



## **2. EL NACIMIENTO DE LAS TEORÍAS MODERNAS DE LA IDENTIDAD PERSONAL**

Siguiendo a Charles Taylor (1996) se puede afirmar que la noción moderna del yo presenta un aspecto inseparable de la idea de interioridad y puede ser definida en dichos términos:

“En nuestro lenguaje de autocomprensión el antónimo «dentro-fuera» desempeña un papel importante. Creemos que nuestros pensamientos, ideas y sentimientos están «dentro» de nosotros, mientras que los objetos en el mundo a los que se refieren esos estados mentales están «fuera». O de otro modo, pensamos acerca de nuestras capacidades o potencialidades como algo «interior» ... para nosotros el inconsciente está «dentro» y pensamos acerca de ... los intensos sentimientos, afinidades y temores incipientes que se disputan en nosotros el control de nuestras vidas, como algo interior”. (1996, p. 161)

Pero este modo de comprender la identidad no es universal, sino que se corresponde casi con exclusividad con una perspectiva histórica surgida en Occidente con la llegada de la Modernidad. Dicho enfoque se encuentra tan arraigado en nuestra perspectiva de mundo que resulta difícil concebir algún modo alternativo de pensar nuestra realidad de manera independiente de la existencia de ese yo interno que se nos antoja tan autoevidente como irrefutable. Es este modo de comprender la identidad el que nos impone lecturas obligadas sobre nuestro tiempo y nuestras sociedades.

Las diferentes teorías acerca de la naturaleza de la identidad personal surgieron en Occidente en la Grecia Antigua. Hasta ese momento no hay registro de teóricos discutiendo propuestas anteriores y contemporáneas a ellos en relación con esta problemática (Gill, 1991).

Una de las indicaciones más tempranas del interés de los griegos por el problema de la identidad personal puede ilustrarse con una escena de una obra del siglo V a.C. La obra pertenece al escritor y filósofo pre-socrático Epicarmo (550 a.C. - 460 a.C.):

“En esta escena, un prestamista le reclama un pago a un deudor. El deudor responde preguntando al prestamista si acaso está de acuerdo con la afirmación de que todo lo que se ve sometido a cambio, como por ejemplo una pila de guijarros a la cual se le agrega o se le sustrae uno de ellos, se convierte, entonces, en una cosa diferente. El prestamista le responde que está de acuerdo con dicha afirmación. «Entonces» dice el deudor «¿acaso las personas no están sometidas constantemente a estos cambios?». «Sí» responde el prestamista. «Entonces» continua el deudor «se sigue de ello que yo no soy la misma persona que aquella que contrajo una deuda contigo y, por eso, no te debo nada». (Martin & Barresi 2006, p. 3)

En los orígenes de la noción de identidad personal se encuentra presente la palabra griega *proposon* así como el término etrusco *phersu*, que tiempo después darían origen a la palabra latina *persona* utilizada para designar a la máscara teatral o el megáfono a través del cual el actor hablaba hacia la audiencia. Con el paso del tiempo, esta designación comenzó a utilizarse para indicar los personajes de una obra dramática y su uso fue extendiéndose fuera de los límites del ámbito teatral para representar el honor y la dignidad con la que alguien estaba dotado (Delumeau 2001, p. 13).

Es interesante notar que hace más de dos mil quinientos años el problema filosófico de la identidad personal asociada a la persistencia a lo largo del tiempo y a través de los cambios ya resultaba un acertijo para los pensadores. Cabe señalar, sin embargo, que en la Grecia Antigua los intentos de resolver este problema formaron parte de un contexto más amplio relacionado con el problema

del cambio y la permanencia, no sólo de las personas, sino de todo lo que hay en el mundo.

Ciertas nociones pre-filosóficas sobre la identidad personal se pueden rastrear en los poemas de Homero en los que se menciona a la *psyche* como sobreviviendo a la muerte del cuerpo. Sin embargo, dicha supervivencia no alcanzaba para enunciar la supervivencia de la persona (Taylor 1996, p. 171), dado que las facultades asociadas con la identidad personal, como la actividad mental y las emociones (especialmente el *nous*, responsable del entendimiento) morían junto con los cuerpos biológicos (Martin & Barresi 2006, p. 9).

Los filósofos pre-socráticos mostraron más preocupación en torno del problema de la identidad personal que sus antecesores. Tanto Pitágoras (ca. 580 a.C. - ca. 495 a.C) como Heráclito (ca. 535 a.C. - 484 a.C.) abordaron estos temas, ambos preocupados por la trasmigración de las almas y su persistencia luego de la muerte de los cuerpos.

El platonismo retomó esta problemática tiempo después, sentando las bases para lo que más tarde sería la noción moderna de interioridad a partir de la unificación del yo (Taylor 1996, p. 174). En *Simposio*, uno de los diálogos tempranos de Platón, Diotima explica:

“...se dice que vive cada una de las criaturas vivientes y que es la misma, como se dice, por ejemplo, que es el mismo un hombre desde su niñez hasta que se hace viejo, sin embargo, aunque se dice que es el mismo, ese individuo nunca tiene en sí las mismas cosas, sino que continuamente se renueva y pierde otros elementos, en su pelo, en su carne, en sus huesos, en su sangre y en todo su cuerpo. Y no sólo en su cuerpo, sino también en el alma: los hábitos, caracteres, opiniones, deseos, placeres, tristezas, temores, ninguna de estas cosas jamás permanece la misma en cada individuo, sino que unas nacen y otras mueren”. (Platón 1988, p. 37)

A diferencia de lo divino, lo mortal no se preserva siendo absolutamente lo mismo, sino al ser reemplazado por algo similar. La identidad de lo mortal a lo largo del tiempo es comprendida por Platón, en este diálogo, en términos de una relación entre partes sucesivas.

Sin embargo, en *Fedon* (Platón 1997), Sócrates discute acerca del ser y la identidad personal desde otra perspectiva al ser interrogado sobre la posibilidad de la supervivencia luego de la muerte del cuerpo. Sostiene, en este caso, la idea de que el alma inmortal es la única parte que persiste luego de la muerte del cuerpo. Debido a esta afirmación, es fuertemente desafiado por sus interlocutores Simmias y Cebes, quienes sostienen que el alma cesa de existir con la muerte del cuerpo. A lo largo del diálogo, estos interlocutores recorren cuestiones relativas a la identidad, como la generación y la corrupción, hasta llegar al alma, a la cual definen como lo que hace que la persona sea quien es. El alma no sólo sobrevive a la muerte del cuerpo, sino que existe incluso desde antes de encarnar en éste<sup>5</sup>. La idea de persistencia del alma, entendida como aquello que es esencial a la persona, le permitirá a Platón afirmar que la personalidad se mantiene a pesar de los cambios a los que la persona se encuentra constantemente sometida mientras vive. Esta alma, inmortal e inmaterial, no posee extensión.

Aristóteles (384 a.C. - 322 a.C), a diferencia de su maestro, no centró sus preocupaciones en la supervivencia del alma después de la muerte del cuerpo. Su interés estuvo puesto, en cambio, en la relación del alma con el cuerpo y en el lugar que ocupan los seres humanos entre todas las otras cosas, en función del alma que poseen. De acuerdo con la perspectiva aristotélica, todas las cosas vivientes poseen *psyche*, o alma, comprendida como un principio vital inseparable de la materia y junto con la cual conforma la sustancia. Aunque no ha sido

---

<sup>5</sup> Como también se puede ver en *Menon*, la preexistencia del alma es una cuestión gnoseológica ya que ella permite explicar cómo se adquieren los conocimientos. Para un estudio más detallado de esta cuestión, véase Navarro B. (1974) Apuntes para una revisión de gnoseología platónica. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 20: 23-37.

explícito en sus escritos, se puede pensar que el *nous* es la parte racional del alma que sería responsable de retener la identidad personal.

En *De Anima*, Aristóteles se propone determinar la naturaleza del alma con el fin de establecer qué tipo de realidad posee, es decir, si se trata de una entidad sustancial o si bien constituye una realidad meramente accidental, reinterpretando la propuesta dualista de Platón a través de sus propios esquemas conceptuales. En este tratado, Aristóteles afirma repetidas veces que el alma es esencia, forma específica (*eîdos*) y entidad (*ousía*) del ser viviente: “Queda expuesto, por tanto, de manera general, qué es el alma, a saber, la entidad definitoria esto es, la esencia de tal tipo de cuerpo” (II I, 412b9). Ahora bien, ¿qué implicaciones tiene esta afirmación? Este pasaje resultó especialmente problemático para los teóricos medievales del siglo XIII, ya que, dado que el alma parece quedar desprovista de sustancialidad, de existencia y de realidad autónoma, el estagirita parece negar la posibilidad de que la identidad personal sobreviva a la muerte del cuerpo.

En el ocaso de la Grecia clásica, la problemática en torno de la identidad personal fue retomada desde otra perspectiva:

“Cuando las ciudades-estado griegas comenzaron a deshacerse, comenzó un período de pesimismo durante el cual se vio disminuido el énfasis que tradicionalmente había sido puesto en las relaciones armoniosas entre los individuos dentro de las *polis* ... esto contribuyó al surgimiento de un nuevo énfasis puesto en el individualismo. El término latino *persona* ... comenzó a adquirir entonces su significado moderno a partir de este nuevo contexto”. (Martin & Barresi 2006, pp. 29-30)

Entre los filósofos romanos, el acercamiento a la naturaleza humana comenzó a diferenciarse de los enfoques elegidos por los griegos, prestando especial atención a las consideraciones sobre el carácter particular de los individuos y a qué es lo que permite distinguir a unos de otros.



Una tradición de discusión continua de los problemas relacionados con las nociones de identidad personal puede vislumbrarse desde los primeros siglos después de Cristo. Durante los primeros tres siglos de la era cristiana, gran parte de los filósofos romanos retomaron los escritos platónicos y produjeron sus obras basándose en aquellos, generando un importante caudal de ideas neoplatónicas. Plotino, uno de los exponentes más importantes de este movimiento, afirmó que no es posible sostener la unidad del ser si consideramos al alma como algo material ya que, dado que la materia es por definición divisible, este postulado nos llevaría a afirmar la posibilidad de la destrucción de la unidad de la conciencia. La divisibilidad de la conciencia, para este autor, es de un tipo especial que no admite secciones separadas: estriba en su presencia en todo lugar del cuerpo que la contiene. El alma es la unidad dominante que da unión a la vida del individuo (Plotino 1985)<sup>6</sup>. Para este pensador, el alma existe al mismo tiempo en tres niveles: un nivel sensorial, uno intelectual y uno místico.

En el primero de estos niveles, el alma se encuentra unida al cuerpo y forma parte activa de la vida, poniendo sus facultades al servicio de la comprensión de los objetos percibidos por los sentidos. En el segundo nivel, el intelectual, el alma contempla las ideas abstractas y se percibe a sí misma como una unidad indivisible separada del cuerpo: éste es el nivel en el cual se produce el movimiento del alma hacia un nuevo cuerpo en el momento de la reencarnación. El tercer nivel del alma, el nivel místico, es aquel en el cual el alma se funde con lo divino perdiendo en este proceso su individualidad y participando eternamente de la contemplación de la divinidad. Llegado el caso en que el alma se ancle en este tercer nivel, de acuerdo con Plotino, perdería todo recuerdo de lo que fue su personalidad.

Al igual que Platón, los primeros teóricos del Cristianismo no se preocuparon tanto por el problema filosófico en torno de la identidad personal como por el

---

<sup>6</sup> Es interesante ver cómo las preocupaciones de Plotino acerca de la unidad de la conciencia resurgen en el siglo XVIII y continúan siendo objeto de debate hasta nuestros tiempos.

problema de la transición de la vida terrena a la vida celestial. La discusión fue motivada principalmente por la necesidad de arrojar luz sobre el dogma de la resurrección tras la muerte del cuerpo. Cuando tiempo después, los Padres de la Iglesia intentaron definir de qué modo era posible sostener la supervivencia de la identidad personal tras la muerte del cuerpo, esta problemática fue retomada y pasó a ocupar un lugar central en las preocupaciones teóricas. La identidad personal pasó a considerarse vital ya que debía garantizarse que la persona que resucitara, sería la misma persona que había muerto.

Esta discusión resultó de gran importancia para situar a la identidad personal nuevamente en el centro del análisis filosófico. Es inherente al dogma cristiano la perspectiva de que los individuos humanos deben sobrevivir a la muerte de sus cuerpos, especialmente para ser juzgados por las acciones realizadas durante sus vidas terrenas. La amplia aceptación de esta doctrina signó también la perspectiva fuertemente individualista que marcaría al mundo occidental de entonces en adelante.

En relación con el problema de la identidad personal, Agustín de Hipona (354 d. C. - 430 d. C.) parece situarse a mitad de camino entre la propuesta de Platón y la idea de identidad personal moderna de Descartes (Taylor 1996, p. 183). En *Confesiones* (1974), inauguró la exploración de la subjetividad humana, poniendo el foco sobre la importancia del cuidado del alma, como contrapuesta a lo corporal. Su análisis de los conflictos psicológicos percibidos por medio de la introspección lo condujo a descubrir que, cuando se vuelve la mirada hacia el interior, lo primero que se capta es la existencia de uno mismo. Para Agustín, esta autocaptación intuitiva del yo constituye una primera verdad irrefutable y, dado que dicho conocimiento directo del yo es intelectual y no material, afirma que no somos objetos materiales. Esta línea argumentativa será retomada por Descartes en el siglo XVII para elaborar su teoría dualista del ser.

En relación con la noción de identidad personal, Agustín se pregunta si la misma se funda en la memoria:

“Grande y excelente potencia es la memoria. Su multiplicidad, Dios mío, tan profunda como inmensa, tiene un no sé qué que espanta; todo esto que es mi memoria lo es mi alma y lo soy también yo mismo. ¿Y qué soy yo, Dios mío?, ¿qué ser y naturaleza es la que tengo? Una naturaleza que se compone de varias y que vive con varios modos de vida, y que de varios modos es inmensa ... no obstante que todo cuanto está en la memoria está en el alma”. (1974, p. 248)

Esta memoria de la que habla el pensador no parece ser otra cosa que la facultad de la mente de hacerse presente a sí misma para poder conocerse. La memoria, considerada desde esta perspectiva, es el lugar en donde reside la captación implícita de lo que somos, es el conocimiento implícito que el alma tiene de sí misma.

En *Del libre albedrío* (1982), Agustín ofrece un argumento contra los juicios de los escépticos que puede considerarse una presentación temprana del *cogito* cartesiano. En su intento de demostrar que hay cosas que podemos saber, señala a su interlocutor que hay algo que resiste toda duda y eso es la propia existencia, dado que la misma es condición necesaria de la posibilidad planteada por el escepticismo de que seamos engañados en relación con todos nuestros saberes. Por supuesto, la apelación a esta primera verdad indubitable en la obra de Agustín no posee la misma importancia que tendrá luego en la obra de Descartes ni se siguen de ella las mismas consecuencias, pero igualmente nos sitúa en el punto de vista de la primera persona: es una certeza indubitable para mí.

A lo largo de los siglos siguientes, las cuestiones metafísicas en torno de la identidad personal fueron relegadas y casi no se investigó sobre ella, y otras preocupaciones ocuparon el lugar central: el problema de los universales, la

naturaleza de las ideas y cómo éstas llegan a la mente, ocuparon las reflexiones de los filósofos.

Con la llegada del siglo XIII y la recuperación de la lectura de los griegos clásicos, se reactivó el debate en torno de la identidad personal. La preocupación central de los pensadores de la época se centró en determinar si acaso el alma es, como sostuvo Aristóteles, la forma que acompaña al cuerpo o si acaso el alma es, siguiendo a Platón, independiente de aquel.

Tomas de Aquino (1224 d.C. - 1274 d.C.) manifestó que el alma inmortal es condición de supervivencia de la persona una vez que sobreviene la muerte del cuerpo y es, a su vez, lo que garantiza la unidad de la persona. La concepción del hombre en Tomás se encuentra fuertemente influenciada por la concepción aristotélica, pero al igual que los otros aspectos de su pensamiento, esta noción debe ser conciliada con las creencias del cristianismo en relación con la inmortalidad del alma. Por eso afirma la unidad hilemórfica del ser humano que constituye una única forma sustancial. Es esa única alma la que regula todas las funciones del hombre y la que a la vez, determina su corporeidad:

"Es evidente, por otra parte, que lo primero por lo que el cuerpo vive es el alma, y como la vida se manifiesta por operaciones diversas en los diversos grados de los seres vivientes, aquello por lo que primariamente ejercemos cada una de estas funciones vitales es el alma. Ella es, en efecto, lo primero que nos hace nutrirnos y sentir y movernos localmente, como también entender. Este primer principio de nuestro entendimiento, llámesele entendimiento o alma intelectual, es, por lo tanto, la forma del cuerpo". (2001, p. 67)

Defiende la inmortalidad del alma al declarar su carácter inmaterial, incorruptible e inmortal: luego de la muerte del cuerpo, el alma racional se separa del cuerpo al que le da forma y se mantiene diferenciada de otras almas humanas. Frente a la necesidad de justificar la inmortalidad del alma, el autor afirma que

existen en ella ciertas facultades que le pertenecen como tal y que no dependen de su relación con el cuerpo, como por ejemplo la intelección, que tiene como objeto de conocimiento no a los cuerpos sino al ser. Pero dado que Tomás defiende la teoría de que los seres humanos son personas en un sentido que integra alma y cuerpo, debe sostener que el alma separada del cuerpo luego de la muerte es sólo en parte una continuación de la identidad personal del individuo.

Hasta la llegada del siglo diecisiete, las discusiones que continuaron a la propuesta de Tomás de Aquino en torno de la identidad personal, se centraron en el problema de la existencia del alma tras la muerte del cuerpo. Recién en los albores de la Edad Moderna, el foco se trasladó a la búsqueda de la construcción de una noción firme de la identidad personal, inaugurando una nueva era en la cual el sujeto fue puesto en el centro de toda investigación (Antiseri; Reale, 1992).

## **2.1. El cogito como fundamento de la identidad personal**

La visión heredada de la Edad Media tuvo su ocaso con el descubrimiento de nuevos mundos, nuevas culturas y nuevas ciencias. Tan sólo un par de siglos precipitaron el cambio y pusieron en duda los conocimientos y valores, hasta entonces evidentes y seguros, heredados de los griegos o de la cultura cristiana.

Esta actitud de época se puede ver claramente reflejada en el pensamiento de René Descartes (1596 d.C. - 1650 d.C.), quien hace de la duda el punto de partida de sus investigaciones. Al extender esta duda metódica a los datos transmitidos culturalmente por sus maestros, a los conocimientos obtenidos mediante los sentidos e incluso a las verdades matemáticas, descubre la verdad autoevidente que enuncia la primera teoría moderna de la identidad condensada en el célebre: *cogito sum*. En esta expresión que pone al yo como aquello que

resiste la duda, Descartes resume el principio de su filosofía y funda los rasgos de un pensamiento moderno que se basará en el sujeto y su identidad.

La interiorización en la búsqueda del yo es una de las características de esta época. El punto de certeza en la Modernidad se ubica en el yo, en el sujeto, y la identidad adquiere sentido en la conciencia. Se trata de un yo que presenta ciertos rasgos particulares: perdura en el tiempo y es uno y el mismo, al menos mientras retiene conciencia de sí. El concepto de identidad requiere no solo la conciencia de existir, sino de una conciencia de ser en forma perdurable. La percepción del yo y de su perdurabilidad es constatable, al menos en tanto dure el acto de pensar: “Yo soy, yo existo: es manifiesto. Pero ¿por cuánto tiempo? Sin duda, en tanto que pienso, puesto que aún podría suceder, si dejase de pensar, que dejase yo de existir en absoluto” (1999, p. 37).

El yo cartesiano expresa la autoconciencia, pero es en definitiva la perdurabilidad del mismo la que condensa la idea de identidad. Este yo es, de hecho, un sujeto, una sustancia pensante permanente e idéntica en su núcleo. La identidad personal, entonces, parece requerir de dos condiciones: la realidad del yo y el conocimiento de sí mismo.

Esta filosofía de la subjetividad se funda en una primera verdad intuitiva que se desprende, por un lado, de la evidencia de la propia existencia por el pensamiento y, por otro, del supuesto de que no puede existir pensamiento sin la existencia de un yo que piensa. Sin embargo, Descartes, nota que aún resta una cuestión por saldar, esto es, dar respuesta a la pregunta por la naturaleza de ese yo, con el fin de obtener el fundamento ontológico sobre el cual poder sostener toda actividad gnoseológica:

“... una vez sopesados escrupulosamente todos los argumentos, se ha de concluir que siempre que digo «Yo soy, yo existo» o lo concibo en mi mente, necesariamente ha de ser verdad. No alcanzo, sin embargo, a comprender todavía quién soy yo, que ya existo necesariamente; por

lo que he de procurar no tomar alguna otra cosa imprudentemente en lugar mío, y evitar que me engañe así la percepción que me parece ser la más cierta y evidente de todas”. (1999, p. 36)

El *cogito* ofrece una certeza indubitable: la evidencia de la propia existencia está dada por la existencia del pensamiento, sin embargo resta descubrir en qué consiste ese yo. Del reconocimiento de que el pensamiento es un atributo inseparable de la existencia propia, que no puede serle arrebatado, Descartes concluye:

“... soy, en consecuencia, una cosa cierta y a ciencia cierta existente. Pero ¿qué cosa? Ya lo he dicho, una cosa que piensa ... una cosa que duda, que conoce, que afirma, que niega, que quiere, que rechaza y que imagina y siente”. (1999, p. 37)

La respuesta a la pregunta por la naturaleza de este ser permite el tránsito del *cogito* a la *res cogitans*. Ese algo, esa cosa que piensa, se corresponde para Descartes con una naturaleza substancial.

En la cuarta parte del *Discurso del Método* se puede leer:

“Luego, examinando con atención lo que yo era, y viendo que podía imaginar que no tenía cuerpo y que no había mundo ni lugar alguno en que estuviese, pero que no por eso podía imaginar que no existía, sino que, por el contrario, del hecho mismo de tener ocupado el pensamiento en dudar de la verdad de las demás cosas se seguía muy evidente y ciertamente que yo existía; mientras que, si hubiese cesado de pensar, aunque el resto de lo que había imaginado hubiese sido verdadero, no hubiera tenido ninguna razón para creer en mi existencia, conocí por esto que yo era una substancia cuya completa esencia o naturaleza consiste sólo en pensar, y que para existir no tiene necesidad de ningún lugar ni depende de ninguna cosa material;

de modo que este yo, es decir, el alma, por la que soy lo que soy, es enteramente distinta del cuerpo, y hasta más fácil de conocer que él, y aunque él no existiese, ella no dejaría de ser todo lo que es". (1983, p. 72)

El yo, el alma, de acuerdo con esta caracterización, es una substancia pensante. Y esta concepción implica un doble problema: el problema de la permanencia constante del pensamiento, por un lado, y el problema de la naturaleza substancial del yo, por otro. Que la condición de la permanencia de la existencia sea la permanencia del pensamiento implica que la identidad del yo está dada por la identidad de la substancia. Como veremos en el apartado siguiente, hacia este último punto en particular dirigirá sus críticas John Locke (Ayers, 1990).

## **2.2. Teoría de la continuidad psicológica**

La concepción cartesiana del yo como substancia pensante le resulta particularmente problemática a John Locke. Como mencionamos en el apartado anterior, que la condición de la permanencia de la existencia sea la permanencia del pensamiento implica que la identidad del yo está dada por la identidad de la substancia y, a su vez, que la existencia del pensamiento haga evidente la existencia de una substancia pensante, implica que esta substancia puede ser conocida empíricamente a partir de la existencia de su atributo esencial (Forstrom, 2010). Locke dirige sus críticas a esta idea de substancia presente en el pensamiento cartesiano y ofrece una propuesta a partir de la cual se definirá -de acuerdo con o por contraposición- la identidad personal en los siglos sucesivos y hasta el día de hoy.



Recordemos que, de acuerdo con Descartes, la idea de sustancia es una idea innata (1999, p. 44) y, por tanto, una idea simple. Tenemos un conocimiento empírico de su existencia, al que se llega por medio del conocimiento de su atributo. Sin embargo, señala Locke, la idea de sustancia no puede ser innata:

“Si la Naturaleza se hubiera preocupado por proveernos de alguna idea, bien podríamos esperar que fuera ésta de sustancia, puesto que por nuestras propias facultades no podemos procurárnosla nosotros mismos. Empero, vemos que, por lo contrario, puesto que esta idea no la tenemos por las vías por las que llegan a la mente las otras, en realidad no la poseemos como una idea clara; de tal suerte que la palabra sustancia no significa nada a no ser una incierta suposición de no sabemos qué (es decir, alguna cosa de la cual no tenemos ninguna particularidad distinta y positiva) idea, que consideramos ser el *substratum* o sostén de aquellas ideas que sí conocemos”. (1992, p. 71)

Para Locke, la idea de sustancia es una idea compleja, conformada por un gran número de ideas simples que llegan a la mente ya sea por vía de nuestros sentidos o por vía de la reflexión. Y el error en el que ha caído Descartes, afirma, ha sido confundir este grupo de ideas simples que a menudo se presentan juntas, con una sola cosa cuando, de hecho, que así se las designe no responde más que a un tema de practicidad para facilitar la expresión y comunicación de nuestras ideas.

La idea cartesiana de sustancia, para Locke, consiste en un equívoco generado por considerar lo que en realidad constituye un grupo de ideas juntas como si se tratase de una idea simple, lo que lleva erradamente a suponer algún tipo de *substratum* en el cual subsiste. Para Locke, no poseemos un conocimiento claro de la sustancia, sino uno oscuro y relativo ya que no poseemos evidencia empírica de la misma.

En el capítulo XXVII del *Ensayo sobre el entendimiento humano* (1992) Locke analiza los problemas relacionados con la identidad. Comienza preguntándose qué es la identidad y cómo se forma esta idea y la idea de diversidad, las que nos permiten considerar a las cosas como idénticas, a pesar del reconocimiento de que existen en diferentes tiempos y lugares. Dice:

“Cuando vemos una cosa en un lugar dado, durante un instante de tiempo, tenemos la certeza (sea la cosa que fuere) de que es la misma cosa que vemos, y no otra que, al mismo tiempo, exista en otro lugar, por más semejante e indistinguible que pueda ser en los demás respectos”. (1992, p. 311)

Afirma, entonces, que en eso mismo consiste la identidad: en que las ideas que les atribuimos no varían en nada de las ideas que consideramos en su existencia previa, con las cuales las estamos comparando en el presente. Esta primera aproximación lockeana a la idea de identidad se basa en la permanencia a través del devenir espacio temporal.

Locke señala que poseemos ideas de sólo tres clases de sustancia: Dios, las inteligencias finitas y los cuerpos. La identidad divina no puede ser puesta en duda, asevera el autor, en función de su condición de eternidad, inmutabilidad y extensión que todo lo abarca. Esto la diferencia tanto de la identidad de las inteligencias finitas y como de la los cuerpos, dado que los últimos revisten un comienzo espacio-temporal identificable en función del cual se determina su identidad. Lo interesante de esta caracterización lockeana es que estas tres sustancias no se excluyen unas a las otras del mismo lugar y tiempo que ocupan, aunque sí excluyen necesariamente a toda otra sustancia que pertenezca a la misma especie. Si no fuera de ese modo, no podría concederse distinción alguna entre las sustancias y no podría hablarse de identidad o diversidad<sup>7</sup>. El *principius*

---

<sup>7</sup> Se debe hacer una excepción a esta caracterización, señala Locke, en lo que respecta a las cosas cuya existencia se encuentra en sucesión. Estas cosas son los actos realizados por los seres finitos (como por ejemplo el movimiento o el pensamiento). Debido a que se dan

*individuationis* determina un tiempo y un lugar particular a un ser que resultan comunicables a otro ser de la misma especie<sup>8</sup>.

A partir de la identificación de este principio Locke avanza hacia el análisis de la identidad de los vegetales. Al igual que con la identidad del resto de las criaturas vivas, dado que variaciones de grandes proporciones no afectan su identidad, la identidad de los vegetales no depende simplemente de una masa compuesta de las mismas partículas: “Un encino que, de ser una planta pequeña se convierte en un gran árbol, y que después ha sido podado, sigue siendo el mismo encino” (1992, p. 313).

Entonces, si la identidad de los vegetales resiste grandes cambios en la materia de la que están compuestos ¿en qué consiste dicha identidad? Dado que la vida vegetal es una organización capaz de recibir y distribuir alimento a todas las partes de la planta para conservar la vida común de todas sus partes, afirma Locke, es esta organización misma la que constituye la unidad de todas las partes de la planta y, por tanto, su identidad.

La identidad de los animales, por otra parte, no es tan diferente de la de las plantas. Los animales son cuerpos continuos cuyas partes organizadas aumentan o disminuyen, formando parte de una vida común. La vida del animal se asimila al caso de las plantas en la adecuación de la organización.

La identidad del hombre, para Locke, presenta tanto rasgos similares como rasgos distintivos del resto de los seres vivos. Al igual que en las plantas y los animales, la identidad de un hombre consiste “... en la participación de la misma vida, continuada por sus partículas de materia constantemente fugaces, pero que,

---

consecutivamente, su diversidad no puede ser cuestionada dado que perecen en el mismo momento en que comienzan, haciendo imposible su existencia en diferentes tiempos y lugares (1992, p. 312).

<sup>8</sup> Este principio se aplica tanto a sustancias y modos simples, como a los complejos.

en esa sucesión están vitalmente unidas al mismo cuerpo organizado” (1992, p. 314).

La identidad del hombre radica en un cuerpo organizado de manera adecuada que desde su génesis continúa en la misma organización vital por la sucesión de las partículas que componen su cuerpo. En desacuerdo con las apreciaciones filosóficas relacionadas con la transmigración de las almas y la posibilidad de que estas utilicen los cuerpos a modo de “habitaciones” que pueden ser ocupadas, Locke declara que si la identidad del alma pudiera por sí sola ser garantía de que un hombre fuera siempre el mismo y no hubiere nada en la materia que mantuviera dicha identidad, entonces estaríamos obligados a conceder que “... un mismo espíritu individual pueda estar unido a cuerpos diferentes ... [haciendo posible que] hombres que vivieron en diferentes épocas, y que fueron de carácter distinto, hayan sido el mismo hombre” (1992, p. 315), tesis que el autor no está dispuesto a sostener.

No se debe perder de vista que el cuerpo también entra en juego en la conformación de un hombre. La sustancia inmaterial por sí no basta para lograr por sí sola que un hombre sea el mismo. Es la memoria, el tener conciencia de épocas pasadas lo que une en una persona las acciones remotas y las presentes y constituye, así, su identidad personal. Es en función de mi conciencia del pasado que “yo, que escribo esto, soy, ahora mientras escribo, el mismo *yo mismo* que era ayer, independientemente de que yo esté formado enteramente o no de la misma sustancia material o inmaterial” (1992, p. 324).

Avanzando en su análisis sobre los diferentes tipos de identidad, Locke afirma que ésta no se agota en la unidad de la sustancia. Intenta clarificar, entonces, a qué se corresponden las diferentes ideas de identidad que aplicamos en cada caso, diferenciando entre la idea de identidad a la que se hace referencia al hablar de la *misma sustancia*, al hablar del *mismo hombre* y al hablar de la *misma persona*.

Como ya se mencionó, el hombre en tanto animal posee un cuerpo vivo organizado y una vida continuada que comunica y une a las diferentes partículas de materia que lo conforman. En contra de las posiciones racionalistas, enuncia Locke, no es tan sólo la idea de un ser racional y pensante lo que constituye la idea de hombre, sino también la idea de un cuerpo con una composición sustancial determinada que se encuentra unido a ese ser.

Con el fin de ilustrar sus afirmaciones, el autor relata la célebre historia referida por Sir William Temple<sup>9</sup> acerca de un loro al que le atribuían el mote de racional. De acuerdo con el relato, el ave -propiedad del príncipe Mauricio de Nassau (1604 - 1679)- preguntaba y respondía acerca de una variada serie de cuestiones de manera aparentemente racional. A pesar de esta extraordinaria habilidad del animal, señala Locke en defensa de sus afirmaciones, todos se han referido a esta criatura como un loro y no bajo otra caracterización.

Entonces ¿cuáles son los atributos que nos permiten hablar de *personas*? Locke ofrece la siguiente definición:

“ ... un ser pensante inteligente dotado de razón y de reflexión, y que puede considerarse a sí mismo como el mismo, como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares; lo que tan sólo hace en virtud de tener su 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”. (1992, p. 318)

Eso que permite reconocernos como nosotros mismos se evidencia cada vez que, al percibir algo, sea a través de los sentidos o a través del pensamiento, poseemos la certeza de que somos nosotros la sede de esa sensación o ese pensamiento. Y esto sucede de este modo debido a que el pensamiento se encuentra siempre acompañado del tener conciencia de las percepciones,

---

<sup>9</sup> Este relato puede leerse en: Temple, Sir William. *Memorias de lo acontecido en la Cristiandad, desde 1672 a 1679*.

permitiendo que nos distingamos a nosotros mismos de las demás cosas pensantes. La identidad personal, en otras palabras, es la mismidad de un ser racional. Y esto es así

“... hasta el punto que ese tener conciencia pueda alargarse hacia atrás para comprender cualquier acción o cualquier pensamiento pasados, hasta ese punto alcanza la identidad de esa persona: es el mismo *sí mismo* ahora que era entonces; y esa acción pasada fue ejecutada por el mismo *sí mismo* que el *sí mismo* que reflexiona ahora sobre ella en el presente”. (1992 p. 318)

Esta afirmación, que la identidad personal reside en la conciencia, constituye la tesis central de la teoría de la identidad personal lockeana (Allison, 1966). Sin embargo, esta enunciación no se encuentra libre de problemas. Cabe preguntar ¿se trata de la misma sustancia a lo largo del tiempo? A primera vista parecería fácil conceder que así lo es. No sería complejo defender esta idea de identidad personal si las percepciones -y la conciencia que se tiene de las mismas- permanecieran siempre en la mente. Sin embargo, esta respuesta puede ser cuestionada apelando al olvido. Como observa Locke, esa conciencia se ve constantemente interrumpida por el hecho evidente de que es imposible, incluso para quienes gozan de una excelente memoria, recordar en su totalidad el curso de sus acciones pasadas. Las lagunas de la memoria, sin embargo, no son lo único que atenta contra esta defensa de la idea de identidad personal basada en la memoria, el sueño es otra instancia en la cual la conciencia no acompaña los pensamientos. Una vez sentados estos hiatos mnémicos -el olvido y el sueño-, resulta lógico concluir que la conciencia se ve interrumpida numerosas veces y es este hecho el que nos lleva a cuestionarnos si acaso es correcta la afirmación de que somos la misma cosa pensante y la misma sustancia que piensa.

Resulta interesante que, para Locke, estas cuestiones no constituyan un verdadero problema para la identidad personal. De acuerdo con su postura, lo que

interesa no es descifrar si acaso es la misma idéntica sustancia la que piensa siempre en la misma persona, sino qué es lo que hace ser una a la misma persona. ¿Por qué no es importante si se trata de la misma sustancia? Porque, de acuerdo con el autor, “diferentes sustancias pueden estar unidas en una sola persona por una misma conciencia de la cual participen” (1992, p. 319).

Con la intención de sostener una asección tan controvertida, Locke traza una analogía con la sustancia corporal en la cual radica la identidad de los animales. Afirma que del mismo modo que diferentes cuerpos se encuentran unidos en una única vida de un solo animal, cuya identidad se mantiene a pesar del cambio de sustancia en virtud de ese *continuum* vital, en la medida en que cualquier ser inteligente pueda representarse la idea de cualquier acción pasada con la misma conciencia que tuvo de ella en su momento, esta conciencia será garantía de dicha unidad.

La conciencia que una persona posee de sus actos presentes constituye prueba de su *sí mismo*. Y esta autoconciencia, llevada en el tiempo hacia el pasado, garantiza que se ha mantenido el mismo *sí mismo*, al menos hasta el punto que dicha conciencia recuerde sus acciones pasadas:

“... no más sería dos personas, por efecto de la distancia en el tiempo o de cambio de sustancia, que un hombre sería dos hombres por el hecho de usar distintos vestidos hoy de los que usó ayer, con un largo o breve sueño de intermedio, puesto que un mismo tener conciencia une en la misma persona esas dos acciones separadas, sean cuales fueren las sustancias que contribuyeran a producirlas”. (1992, p. 319)

Queda claro, entonces, que la identidad personal subsiste a través de las modificaciones de las sustancias, pues en tanto que estas partículas cambiantes que conforman nuestros cuerpos sean percibidas por nuestra conciencia como partes de nosotros mismos, por nuestro *sí mismo* pensante y consciente, serán parte de nuestra identidad. Sin embargo, si una parte fuera separada de un

cuerpo, digamos una mano o un pie, y por tanto fuera separada también de la conciencia que se tiene de la misma, ese miembro dejaría de ser parte de ese *sí mismo*. La sustancia, entonces, puede cambiar sin que ello afecte a la identidad personal y sin que se produzca modificación alguna en ella.

Frente a estas afirmaciones cabe preguntar qué sucede cuando el cambio se produce ya no en el cuerpo sino en la sustancia pensante ¿Resiste la identidad personal a dicha mutación? En otras palabras ¿se trataría aún de la misma persona? Locke concede que en el caso de que el mismo ser inmaterial, siendo privado por completo de toda forma de conciencia de su existencia pasada y sin posibilidad de recobrarla, iniciara una nueva secuencia de recuerdos de los cuales tendrá conciencia en el futuro, entonces constituiría diferentes personas. Y esto es así dado que, de acuerdo con su teoría, la identidad personal no se extiende más allá del alcance de la memoria<sup>10</sup>. En otras palabras, es el tener conciencia de sí lo que hace que una persona sea la misma en dos momentos diferentes.

El *sí mismo*, la identidad de una persona, depende de su tener conciencia, afirma Locke, y con esto significa que no importa la sustancia que lo conforma, sea espiritual, material, simple o compuesta. Y lleva su afirmación al extremo concediendo que

“... mientras caiga bajo esa toma de conciencia, su dedo meñique forma parte de su *sí mismo* en igual grado que aquello que más sea ese sí mismo. Pero si ese dedo queda separado del cuerpo, suponiendo que la conciencia del *sí mismo* acompañe al dedo y abandone al resto del cuerpo, entonces es evidente que ese dedo meñique sería la persona; sería la misma persona, y el *sí mismo* ya nada tendría que ver con el resto del cuerpo”. (1992, p. 325)

---

<sup>10</sup> Esta aseveración, como veremos en los apartados siguientes, será centro de las críticas que le dirigirán los autores que consideran el alma como el fundamento de la identidad personal.



Lo que constituye la identidad de la persona es, entonces, ese tener conciencia que acompaña a la sustancia, sea en el presente o alejada en el tiempo.

Avanzando en su análisis y caracterización de la identidad personal, Locke devela su interés principal de índole forense:

“Es en esta identidad personal en lo que están fundados el derecho y la justicia de las recompensas y los castigos, ya que la felicidad y la desgracia constituyen aquello por lo cual cada quien se preocupa por *sí mismo*, sin que le importe lo que pueda acontecerle a cualquier sustancia que no esté unida a esa toma de conciencia, o que no se vea afectada en algún modo por ella”. (1992, p. 325)

Estas consideraciones reafirman la idea lockeana de que la identidad personal no consiste en la identidad de ningún tipo de sustancia, sino en el tener conciencia de las acciones pasadas y presentes de cualquiera sea dicha sustancia que oficia de sustrato a dichas acciones. Y entonces, no se podría castigar, o por caso premiar, a quién no tuviera conciencia de haber realizado la acción por la cual se desea propinar el castigo o premio.

Podemos preguntar ¿qué sucedería en el caso en que una persona perdiera memoria de sólo algunas partes de su vida? ¿podría ser castigada por acciones realizadas en los momentos de los que ahora no tiene conciencia? Locke responde que se trata aquí de diferenciar entre “hombre” y “persona”. El mismo hombre puede haber realizado tales acciones, pero no la misma persona. Las leyes, señala Locke, defienden esta perspectiva en tanto no castigan al hombre cuerdo por las acciones del hombre loco y esto es así dado que estamos dispuestos a conceder que un mismo hombre posea, en diferentes momentos, creencias diferentes e irreconciliables. Y esto es en función de que la identidad personal, como ya hemos mencionado, se funda en la memoria. Si la identidad personal se basara en alguna sustancia, material o inmaterial, estos cambios de

personalidad no podrían ser explicados satisfactoriamente. Sin embargo, se castiga al hombre sobrio por las acciones que cometió estando ebrio. Y esto es así, explica Locke, porque los encargados de aplicar las leyes humanas no pueden distinguir con absoluta certeza lo real de lo simulado, por lo cual, la justificación por parte de quienes aducen haber realizado una acción contraria a las leyes por encontrarse bajo los efectos del alcohol y no recordarla, no puede ser tomada como excusa “porque el hecho se prueba en su contra, pero la falta de tener conciencia no puede ser probada a su favor” (1992, p. 328).

### **2.3. Críticas a la teoría de la continuidad psicológica.**

En el *Ensayo sobre el entendimiento humano*, Locke sostiene dos ideas centrales en relación con la identidad de las personas. Una es que la identidad personal no debe ser comprendida como dependiente de la persistencia de otra sustancia (o sustancias) que le oficie de sustrato. La otra idea defendida es que la persistencia de las personas debe ser comprendida sólo en términos del rol unificador de la conciencia.

Cuando Locke hace referencia a la conciencia en el contexto de la identidad personal, parece estar hablando de la memoria. Los críticos del siglo XVIII lo comprendieron de ese modo, atribuyéndole la teoría de que una persona en dos momentos diferentes tendrá una y la misma conciencia, y por lo tanto será una y la misma persona sólo en tanto la persona en un tiempo futuro recuerde haber experimentado y hecho lo que la persona en un tiempo remoto experimentó e hizo.

Esta, sin embargo, podría no haber sido exactamente la perspectiva lockeana. En su explicación de la identidad personal a lo largo del tiempo puede que el autor no haya tenido en mente presentar un análisis no circular de los fundamentos de la identidad personal, sino hacer algo completamente diferente:

ofrecer un análisis constructivo de los orígenes de la constitución del yo. La presentación de su teoría admite la posibilidad de que no haya estado tratando de elucidar en qué consiste la identidad personal, sino de explicar qué es aquello a lo que nos referimos cuando hablamos del sí mismo.

E incluso si efectivamente su intención hubiera sido presentar un análisis no circular de la identidad personal, no se puede, a través de esta interpretación de la memoria que le atribuyeron sus críticos, explicar algo que es central a su perspectiva, a saber, que la conciencia reflexiva juega un rol dual en la constitución del yo, unificando a las personas tanto en el presente como a lo largo del tiempo. Mientras que la memoria, por su parte, sólo cumple el rol de unificar al yo en el tiempo.

A lo largo de este capítulo analizaremos los señalamientos formulados a la concepción lockeana de la identidad personal fundada en la memoria por los críticos de Locke del siglo XVIII. Veremos cómo Joseph Butler, obispo de Durham (1692-1752), advirtió sobre la circularidad de la propuesta lockeana señalando que no sólo la memoria no constituye por sí sola la identidad personal, sino que, además, la presupone. Y que la identidad de la persona se mantiene independientemente de si acaso dicha persona recuerda o no eventos pasados de su vida.

También veremos que Thomas Reid (1751-1820), señaló que el enfoque lockeano parece incurrir en una contradicción lógica al conceder que una persona puede ser idéntica y no-idéntica a sí misma. En contra de la teoría lockeana de la identidad personal fundada en la memoria, presentó un argumento a favor de la propiedad transitiva de la identidad.

Tras ser profusamente discutida por sus propios contemporáneos, la definición lockeana centrada en la memoria fue un poco más tarde revisada y cuestionada por David Hume (1711-1776). Hume ofreció una teoría causal de la identidad personal, negándole toda entidad a dicha noción. En el marco de su

epistemología fuertemente empirista, lo que describimos al hablar de identidad personal no son más que diferentes percepciones que dan lugar a cierta relación, o parecido, o causación, entre ellas. En contra de las teorías metafísicas de la época, Hume concluyó en la afirmación de que los seres humanos no son más que una colección de diferentes percepciones que se suceden las unas a las otras con una rapidez inconcebible, anulando el sentido mismo de la idea de identidad personal.

En los siguientes apartados se presentarán y analizarán en detalle las críticas recién mencionadas.

### **2.3.1. Circularidad de la propuesta lockeana**

En su obra *Analogía de la religión, natural y revelada, a la constitución y el curso de la naturaleza*, disertación I *De la identidad Personal* que se inscribe en la tradición apologética del cristianismo, Butler dirige su fuerza argumentativa a defender la inmortalidad del alma, respondiendo a ciertas objeciones dirigidas a la continuidad de la identidad personal tras la muerte. Afirma:

“Si hemos de vivir en un estado futuro es, posiblemente, la pregunta más importante que pueda ser formulada y, a la vez, la más inteligible que pueda ser expresada por el lenguaje. Sin embargo, han surgido extrañas perplejidades en relación con el significado de la identidad o la mismidad de las personas, la cual se encuentra implícita en la idea de nuestra vida presente y futura o en la idea de cualquier par de momentos sucesivos. Y la solución ofrecida a dichas dificultades ha sido aún más extraña que las dificultades mismas, pues la identidad personal fue explicada por algunos de manera tal que transformó la investigación concerniente a la vida futura en una investigación sin

consecuencias para nosotros, las personas que la vivimos“. (Butler 2009, p. 135)

En este apartado Butler discute la definición de John Locke de la identidad personal fundada en la memoria individual y en la capacidad de autorreconocimiento a través del tiempo que hace de la memoria una condición necesaria de la identidad. A diferencia del aquél, Butler sostiene que la unidad de la persona se mantiene independientemente de si acaso la persona recuerda o no los momentos pasados de su vida y que dicha interpretación no hace más que arrojar oscuridad sobre una evidencia que de por sí es muy clara. La identidad personal, para este autor, se nos revela de la misma manera que las ideas de semejanza o igualdad:

“Dado que, al comparar dos triángulos u observarlos uno junto al otro aparece a la mente la idea de semejanza, así como al considerar el doble de dos y el cuatro aparece la idea de igualdad, del mismo modo, al comparar la conciencia de uno mismo, o la existencia de uno mismo en dos momentos cualesquiera, aparece a la mente, de manera inmediata, la idea de identidad personal“. (Butler 2009, p. 135)

La reflexión sobre mi yo actual y el que fui hace unos años es suficiente para revelarme que no se trata de dos yoes, sino de uno y el mismo yo en dos momentos diferentes: presente y pasado. La memoria, entonces, revela estados pasados de la persona. Pero, advierte este pensador, el error de Locke consiste en sostener que la sola conciencia de la experiencia pasada es garantía suficiente de que sea el mismo individuo quien la experimentó en un tiempo remoto. Invirtiendo el orden de los términos, Butler señala que la conciencia de la identidad personal presupone la identidad personal:

“... aunque la conciencia de lo pasado nos asegura nuestra identidad personal, sin embargo, afirmar que dicha conciencia constituye la identidad personal o, incluso, que es necesaria para que seamos las

mismas personas, equivale a sostener que una persona no ha existido en un momento determinado ni ha llevado a cabo una acción más allá de aquello que puede recordar, es decir, aquello sobre lo cual puede reflexionar. Se podría pensar que es auto-evidente que la conciencia de la identidad personal presupone la identidad personal y que, por lo tanto, no puede constituirla o, al menos, no más que el conocimiento puede constituir la verdad que él mismo presupone”. (2009, p. 136)

Justamente en esta aparente circularidad, afirma, es en donde radica el error lockeano. Quizás, continúa Butler, este equívoco haya surgido de considerar que el estar dotado de conciencia, condición inseparable de la idea de persona, constituye la identidad personal. La teoría lockeana no llega a dar respuesta a los problemas que surgen de considerar que la conciencia presente de las acciones o sentimientos pasados no es *por sí sola* suficiente para afirmar que somos las mismas personas que realizaron dichas acciones o experimentaron dichos sentimientos.

El autor observa una diferencia importante entre las distintas sustancias y el uso que hacemos del término “identidad” para referirnos a las mismas. Sostiene que la investigación sobre la identidad de los vegetales, por caso, nada tiene que ver con la investigación sobre la identidad personal. Y que a pesar de que utilizemos el mismo término para referirnos a vegetales y personas, lo hacemos en un sentido diferente:

“Cuando un hombre jura que el mismo árbol se ha mantenido cincuenta años en el mismo lugar sólo quiere decir que es el mismo para todos los propósitos de la propiedad y los usos en la vida común, y no quiere indicar que el árbol haya sido todo ese tiempo el mismo, en el sentido estrictamente filosófico del término, ya que no posee la certeza de que cada una de las partículas del árbol presente, sea la misma que cada una de las partículas de aquél que se erguía en el mismo lugar

cincuenta años atrás. Y si no comparten una partícula de materia, entonces, no pueden ser el mismo árbol, en el sentido estrictamente filosófico de la palabra mismo; siendo evidentemente una contradicción en los términos decir que lo son, cuando ninguna porción de sus sustancias y ninguna de sus propiedades son las mismas”. (2009, p. 136)

Si sostenemos, siguiendo a Locke, que la identidad o igualdad de una sustancia consiste en la continuación de la misma vida comunicada bajo una misma organización a un determinado número de partículas de materia -sean las mismas o no-, entonces esta identidad o igualdad no debe ser comprendida como si poseyera el exacto significado que posee en una misma oración cuando se aplica a la materia.

En un sentido amplio y coloquial podemos declarar, concede Butler volviendo a su ejemplo, que se trata del mismo árbol a pesar del cambio de sus partes. Pero en un sentido estrictamente filosófico, esto no puede ser dicho de ningún hombre o ser, en relación con aquello con lo que no tiene ya nada de igual. En relación con la identidad personal sentencia: “la igualdad se utiliza en este último sentido cuando se aplica a las personas. La identidad de éstas, por lo tanto, no puede subsistir con la diversidad de la sustancia” (2009, p. 137).

Esta última afirmación se dirige a refutar la aseveración lockeana de que la identidad personal no depende de la identidad de la sustancia. Pues si concedemos que la identidad personal se funda en la memoria, debemos conceder también que no es una cosa permanente, sino transitoria, que tiene múltiples comienzos y finales y que nunca es la misma, por lo que incurriríamos en una injusticia si responsabilizáramos a nuestros yoes presentes por las cosas que realizamos en el pasado y no tendría sentido anticipar ninguna acción futura, ya que sería realizada por un yo diferente al que soy ahora. Y si el yo presente y aquél de mañana no son los mismos, la persona de hoy no estará más implicada

en lo que le sucederá a la persona de mañana de lo que lo estaría respecto de lo que acontecerá a cualquier otra persona.

Se puede objetar que estas críticas no se corresponden con una lectura acertada de la teoría de la identidad personal lockeana. Recordemos que, de acuerdo con los postulados de Locke, una persona es la misma hasta el punto en que se extienda su memoria. Sin embargo, Butler intenta mostrar que incluso concediendo esto, se comete el error de hablar de identidad en un sentido filosófico estricto del término ya que, en rigor de verdad, se está hablando de identidad en otro sentido.

Ahora bien, este otro sentido de identidad no se corresponde con el que rige nuestra vida y nuestras acciones: el hecho de recordar u olvidar no puede alterar la verdad de las cuestiones de hecho pasadas ni modificar nuestra identidad. La persona o el yo que realizó dichas acciones, argumenta Butler, debe ser o una sustancia o la propiedad de alguna sustancia. Si es una sustancia, entonces la conciencia de que es la misma persona es, a su vez, conciencia de que es la misma sustancia. Si es la propiedad de una sustancia, la conciencia de que es la misma propiedad sería prueba de que su sustancia permanece la misma, puesto que la misma propiedad no puede ser transferida de una sustancia a otra. Siguiendo en su razonamiento los pasos de Descartes se pregunta: ¿acaso puede ser que nos estemos engañando?

“Y esta pregunta debe ser formulada al final de cualquier demostración, ya que se trata de una pregunta que concierne a la veracidad de la percepción por medio de la memoria. Y aquél que pueda dudar de si tal vez se puede depender, en este sentido, de la percepción por medio de la memoria, puede también dudar de la percepción por deducción o por razonamiento, la cual también incluye la memoria, o también, en verdad, puede dudar de la percepción intuitiva”. (2009, p. 140)



Butler concluye su análisis afirmando que no se puede ir más allá de este punto, dado que intentar probar la veracidad de dichas percepciones por medio de otras percepciones es igual de infructífero que intentar probar la veracidad de nuestras facultades por el uso de las mismas facultades de las cuales se sospecha.

### **2.3.2. Otras objeciones a la explicación lockeana de la identidad personal**

En su ensayo sobre la memoria incluido en los *Ensayos sobre los poderes intelectuales del hombre* (1975), Thomas Reid formula, en contra de la teoría lockeana de la identidad personal fundada en la memoria, un argumento a favor de la propiedad transitiva de la identidad.

El autor concede que la memoria es condición necesaria para el ejercicio de la razón en los hombres y que las operaciones de esta razón son compuestas de múltiples partes que se presentan de manera sucesiva. La memoria es, de estas operaciones, la que nos habilita a establecer la relación entre los antecedentes de nuestras acciones y las consecuencias de las mismas. Facultad que, a su vez, nos permite llevar adelante en el tiempo diferentes proyectos. Así, el autor afirma que la memoria de nuestras acciones pasadas es necesaria para la confirmación de que hemos existido en los tiempos pasados que se corresponden con nuestros recuerdos.

Hasta este punto, estas reflexiones sobre la identidad personal no parecen diferenciarse en profundidad de las presentadas por Locke en el *Ensayo...*, sin embargo, al avanzar en sus análisis Reid nota que aún no se han ofrecido argumentos sólidos que permitan asegurar que uno existía antes del recuerdo más temprano que atesora. Y esto no es algo que pueda probarse apelando a la

memoria, ya que se incurriría en una contradicción al intentar sostener que la memoria alcanza su momento más lejano al momento del último recuerdo:

“... es evidente que, tan pronto como somos capaces de pensar o realizar algo, debemos tener la convicción de nuestra propia identidad y existencia continua a partir del reconocimiento de lo que hemos pensado, o realizado o sufrido antes; esto es, tan pronto como somos criaturas con razón”. (1975, p. 108)

Frente a este problema con el que se enfrenta la teoría de la identidad personal fundada en la memoria, Reid reconoce que es necesario apelar a un criterio diferente. Con tal fin, alejándose de sus intuiciones tempranas, ensaya una definición de identidad basada en la propiedad transitiva:

“Tomo la identidad en general como una relación entre una cosa que se sabe que existe en un momento, y una cosa que se sabe que ha existido en otro momento ... puedo decir que es una relación, pero no puedo encontrar las palabras para expresar la diferencia específica entre ésta y otras relaciones, aunque me encuentro a salvo del peligro de confundirla con cualquier otra”. (1975, p. 108)

De acuerdo con su propuesta, cualquier persona que pueda hacer uso del sentido común posee una noción clara y distinta de la identidad que revela que ésta supone una continuación ininterrumpida de la existencia. En este punto en particular Reid se diferencia de las consideraciones lockeanas hacia las cuales dirige también sus críticas.

Reid comienza su argumentación señalando un problema en el que se incurre si se defiende el enfoque lockeano: lo que ha cesado de existir no puede ser, por lógica, lo mismo que aquello que comienza a existir luego. Si así fuere, estaríamos obligados a conceder que un ser existe luego de que ha cesado de existir y que ha tenido existencia antes de haberse generado, y al afirmar tal

insentido, estaríamos cayendo en manifiestas contradicciones. La identidad, afirma, implica necesariamente la existencia continua ininterrumpida de la misma cosa a través del tiempo y es debido a esta condición necesaria de existencia continua ininterrumpida que no podemos hacer descansar la justificación sobre la identidad en la operación de la memoria, como lo propone Locke.

Una vez clarificados estos aspectos en relación con la naturaleza de la identidad en general, Reid avanza sobre las implicancias de la identidad personal. En relación con este tema, afirma:

“quizás es más difícil determinar con precisión el significado de personalidad, pero no es necesario en este tema: es suficiente para nuestro propósito observar que toda la humanidad ubica su personalidad en algo que no puede ser dividido o que no consiste de partes”. (1975, p. 109)

Hacer referencia a la multiplicidad de partes cuando se habla de personas, para Reid, responde a un uso laxo del lenguaje común. Cuando un hombre pierde su propiedad, pierde su salud o su fuerza, sigue siendo la misma persona que fue antes y su personalidad se mantiene intacta frente a estos cambios aunque en el discurso cotidiano se señale que “ya no es el mismo hombre que era”. Estos cambios, por más profundos y notables que sean, no justifican una argumentación seria en defensa de la multiplicidad de personalidades. Incluso, extrema su afirmación, si se diera el caso de que le amputaran una pierna o un brazo, o la totalidad de sus extremidades, continuaría siendo la misma persona que fue antes. Una persona, concluye Reid, es algo indivisible.

No sucede lo mismo, sin embargo, con la identidad de los objetos. Esa clase de identidad nunca es perfecta ya que los cuerpos, debido a que consisten de innumerables partes que pueden ser separadas de ellos por una gran cantidad de causas, están sujetos a continuos cambios de sus sustancias, aumentando, disminuyendo y cambiando de muchas maneras. Cuando las alteraciones en los

objetos son graduales, se retiene el mismo nombre consideramos al objeto como la misma cosa, por el simple hecho de que nuestro lenguaje no puede proveer un nombre diferente para cada estado diferente de dicha cosa cambiante:

“Por lo tanto decimos de un viejo regimiento, que hizo tal cosa un siglo atrás, a pesar de que ahora no hay ningún hombre vivo que haya pertenecido a él. Decimos de un árbol que es el mismo en el invernadero y en el bosque. Un buque de guerra que ha cambiado sucesivamente sus anclas, su polea, sus velas, sus mástiles, sus planchas, y sus vigas, mientras mantiene el mismo nombre es el mismo”. (1975 p. 112)

La identidad que adscribimos a los cuerpos no es una clase de identidad perfecta (aunque por conveniencia del discurso la llamemos identidad) en virtud de que admite importantes cambios. La identidad personal, en cambio, implica la existencia continua de la cosa indivisible que llamamos sí mismo. Y este sí mismo, a diferencia de la tesis lockeana, no se encuentra determinado por pensamientos o recuerdos, dado que estos no poseen una existencia continua, sino que cambian a cada momento. El sí mismo, al cual esos pensamientos o recuerdo pertenecen, es permanente.

Pero aún cabe preguntar ¿qué clase evidencia poseemos de la existencia de este sí mismo permanente, sede de todos los pensamientos y recuerdos que reconocemos como nuestros? La capacidad de recordar, afirma Reid, es lo que nos permite aseverar la existencia de este sí mismo:

“Yo recuerdo que veinte años atrás conversé con dicha persona; recuerdo muchas cosas que sucedieron en dicha conversación: mi memoria atestigua no sólo que esto sucedió, sino que me sucedió a mí, quien ahora lo recuerda. Si me sucedió a mí, debo haber existido en ese momento, y continué existiendo desde ese momento hasta el presente ... Todo hombre en sus cabales cree en aquello que recuerda

distintamente, y cada cosa que recuerda lo convence de que existió en el tiempo recordado". (1975, p. 110)

Sin embargo, esta capacidad no es la única a la que puedo apelar para afirmar que sigo siendo la misma persona. Existe otro tipo de evidencia que me permite sostener que fui yo quien realizó ciertas acciones en determinados momentos del pasado a pesar de no recordarlo. Entonces, parecería que no es el recuerdo de alguna acción mía lo que me hace ser la persona que la realizó. Este recuerdo me hace saber de manera segura que lo hice; pero puedo haberlo hecho a pesar de que no lo recordaba. En contra de las conclusiones de Locke, Reid sostiene que decir que la memoria de haber realizado una cosa garantiza que haya sido yo el actor de dicha acción es tan absurdo como sería decir que mi creencia de que el mundo fue creado hace, de por sí, que el mundo haya sido creado.

La identidad personal es para Reid un tipo de identidad perfecta que no admite grados. Por esta razón, considera imposible que una persona sea en parte la misma y en parte diferente, como se ven obligados a aceptar quienes defienden la teoría de la identidad personal fundada en la memoria. Recordemos que de acuerdo con Locke, la identidad personal consiste solamente en la conciencia y se extiende tanto como esta conciencia pueda volverse hacia una acción de la que fue autora. Hasta ese punto llega la identidad de una persona. Para Reid, esta doctrina presenta algunas consecuencias no deseadas, especialmente en lo que respecta a la responsabilidad moral de los sujetos. La identidad de las personas es una noción fija y precisa y no admite grados, ya que es además el fundamento de todos los derechos y obligaciones.

Supongamos que la misma conciencia pueda ser transferida de un ser viviente a otro, propone Reid. Si así fuera, estaríamos obligados a conceder que dos o más seres inteligentes podrían ser la misma persona. Lo cual es absurdo. Y si, además, concediéramos que un ser inteligente pudiera perder el conocimiento

de las acciones realizadas por él, lo cual es evidentemente posible, entonces estamos obligados a afirmar que no es la persona que realizó dichas acciones, resultando en el absurdo de que uno puede ser dos o veinte personas diferentes, si se da el caso de que perdiera conciencia de sus acciones pasadas.

Si bien ésta es una cuestión teórica difícil de resolver, el problema más grave que surge de la defensa de la teoría de la identidad basada en la memoria, declara Reid, parece no haber sido advertido por Locke. Esta complicación consiste en que, siguiendo los enunciados lockeanos acerca de la identidad personal, nos vemos obligados a conceder que un hombre puede ser y no ser, al mismo tiempo, la persona que realizó una acción en particular. Para explicar su afirmación, Reid presenta un ejemplo:

“Supongamos que un valiente oficial ha sido azotado en la escuela, cuando era un niño, por robar un huerto; ha tomado un estandarte de su enemigo en su primera campaña y ha sido nombrado general ya avanzada su vida; supongamos además, lo cual se debe admitir como posible, que cuando tomó el estandarte, era consciente de haber sido castigado en la escuela, y que, cuando se convirtió en general, era consciente de haber tomado el estandarte, pero había perdido absoluta conciencia de su azote”. (1975 p. 114)

Si seguimos la propuesta lockeana debemos conceder que aquél que fue azotado en la escuela es la misma persona que aquél que tomó el estandarte, y que aquel que tomó el estandarte es la misma persona que quien fue nombrado general. Sin embargo no podríamos afirmar que el general sea la misma persona que aquél niño que fue azotado en la escuela, dado que su conciencia no llega tan atrás hasta el azote. Este razonamiento nos obliga a sostener, entonces, que el

general es, y a la vez no es, la misma persona que fue azotada en la escuela. Y esto, señala acertadamente Reid, es contradictorio<sup>11</sup>.

El golpe de gracia a la teoría de Locke sobre la identidad personal por parte de Reid se presenta bajo la forma de una acusación irrefutable: la debilidad más profunda de dicha doctrina, sostiene, es que incurre en un razonamiento circular. Esto es así ya que se intenta justificar la identidad personal a partir de la evidencia que tenemos de nuestra propia identidad personal. Reid concede que los recuerdos que poseo de ciertas acciones conforman la evidencia que poseo de ser la persona que realizó dichas acciones, eso es claro. Pero sostener, como hace Locke, que es mi conciencia lo que me hace ser la misma persona que realizó dichas acciones es absurdo, sostiene el autor, dado que equivale a atribuir a la memoria o a la conciencia el poder de producir su objeto, a pesar de que dicho objeto debe existir antes de ser producido por la memoria o la conciencia. De este modo, Reid se suma a las críticas anteriormente dirigidas por Butler a la noción de identidad lockeana.

### **2.3.3. El abandono de la identidad personal**

Será David Hume el filósofo moderno que intentará acabar de una vez por todas con los problemas en torno de la identidad personal, atacando el sentido mismo de dicha noción (Martin & Barresi 2006). En el Libro I, Parte IV, Sección II de su *Tratado de la naturaleza humana* (2011), Hume presenta su teoría acerca de la

---

<sup>11</sup> A lo largo de su análisis, Reid considera en más de una ocasión la posibilidad de que Locke no esté hablando estrictamente de la facultad de la memoria cuando formula afirmaciones del tipo “tener conciencia de”. Sin embargo, concluye: “Es innecesario en el discurso común, marcar de manera precisa los límites entre conciencia y memoria ... Pero debería ser evitado en la filosofía, de otra manera se confunden los poderes de la mente, y se adscribe a uno lo que en realidad pertenece a otro” (1975 p. 115).

identidad en general, sobre la cual desarrollará en la sección cuarta su teoría sobre la identidad personal en particular.

La sección “Del escepticismo en relación con los sentidos” se inicia con una indagación de las causas que nos llevan a creer en la existencia continua de los cuerpos. Hume advierte que

“Debemos examinar aparte dos cuestiones que corrientemente se confunden, a saber: por qué atribuimos una existencia continua a los objetos, aun cuando no se hallan presentes a los sentidos, y por qué suponemos que tienen una existencia distinta de la del espíritu y la percepción”. (2011, p. 148)

Estas dos cuestiones relativas a la existencia continua y distinta de los cuerpos se encuentran estrechamente relacionadas entre sí ya que si concedemos que los objetos siguen existiendo, aún cuando no tenemos percepción de ellos, debemos conceder también que su existencia es independiente. El interés de Hume en este punto en particular consiste en determinar si son acaso los sentidos, la razón o la imaginación lo que nos induce a pensar de este modo.

En relación con los sentidos, señala que estos son incapaces de por sí de ofrecer justificación suficiente a la noción de existencia continuada de los objetos una vez que los mismos ya no se encuentran frente a ellos. El alcance de los sentidos, en este punto, se limita a ofrecer una existencia numéricamente distinta, mas no continua de los objetos. Entonces, si las percepciones son únicas y no pueden ofrecer la idea de una existencia múltiple o continua, resta ver si acaso la razón o la imaginación son fuente de estas nociones.

Partiendo de una percepción única, parecería que es la razón la encargada, a través de las relaciones de semejanza y causalidad, de inferir la existencia



continua de los objetos. Es en este punto que Hume menciona, por primera vez en su análisis, el problema de la identidad personal en particular:

“Si nuestros sentidos, pues, sugieren alguna idea de existencias distintas, deben presentarnos las impresiones como estas existencias por una especie de engaño o ilusión ... Ahora bien; si los sentidos nos presentasen nuestras impresiones como externas o independientes de nosotros, tanto nosotros como los objetos deberíamos ser manifiestos para nuestros sentidos, pues de otro modo no podríamos ser comparados por estas facultades. La dificultad, pues, consiste en saber hasta qué punto somos nosotros mismos los objetos de nuestros sentidos. Es cierto que no existe cuestión alguna en la filosofía más abstrusa que la relativa a la identidad y naturaleza del principio unificador que constituye una persona”. (2011, p. 149)

Esta cuestión, declara, no puede ser resuelta apelando a nuestros sentidos por varios motivos. En primer lugar, porque los sentidos no parecen capaces por sí solos de distinguir claramente entre nosotros y los objetos externos a nosotros. En segundo lugar, porque las impresiones -sean externas o internas (la observación de los colores, tanto como las pasiones)- se hallan en un mismo plano. Y, finalmente, porque todas las acciones y sensaciones del espíritu se nos revelan por medio de la conciencia.

Son las operaciones de la razón las que nos conducen a pensar en la existencia de los objetos cuando son captados de manera ininterrumpida por nuestros sentidos y los percibimos como independientes de los cambios incesantes bajo los cuales se encuentran. Incurrimos en el error de tomar nuestras percepciones y objetos por lo mismo, señala Hume.

La imaginación debe ser entonces la operación responsable de que surjan estas nociones en nuestro entendimiento. Pero el estatus de realidad y existencia continua es otorgado solo a una clase de impresiones, mientras es negado a

otras; por caso, las impresiones que se corresponden con nuestros placeres y dolores no son consideradas como poseyendo una existencia separada de la misma percepción que tenemos de ellas. Cabe preguntar ¿cuáles son las cualidades peculiares de las impresiones del primer tipo que nos hacen atribuirles una existencia distinta y continua?

Hume ofrece la respuesta a este interrogante señalando que todos los objetos a los que atribuimos una existencia continua poseen una peculiar *constancia* que los distingue de las impresiones cuya existencia depende puramente de nuestra percepción:

“Las montañas, casas y árboles que se hallan ahora ante mi vista me han aparecido siempre en el mismo orden, y cuando dejo de verlos cerrando los ojos o volviendo la cabeza, pronto los encuentro de nuevo presentándoseme sin la más mínima alteración. Mi cama y mesa, mis libros y papeles se presentan de la misma manera uniforme y no cambian por razón de una interrupción de mi visión o percepción de ellos. Esto sucede con todas las impresiones cuyos objetos se supone que tienen una existencia externa y no sucede con otras impresiones, ya sean débiles o violentas, voluntarias o involuntarias”. (2011, p. 153)

Sin embargo, esta constancia no es perfecta. Muchas veces dichos cuerpos cambian su conformación, sus cualidades, su posición y cuando volvemos a percibirlos, ya no lo hacemos de la misma manera aunque aún conserven cierta relación con sus apariciones anteriores:

“Cuando yo vuelvo a mi cuarto, después de una hora de ausencia, no encuentro el fuego de la chimenea en la misma situación que lo dejé; pero estoy acostumbrado a ver en otros casos una alteración igual producida en un tiempo igual a este, ya me halle presente o ausente, cercano o remoto”. (2011, p. 153)

Nuestras ideas en torno de la existencia continua de los cuerpos parecen aflorar de las cualidades de coherencia y constancia de ciertas impresiones. Estas inferencias sobre el enlace regular de las percepciones las realizamos a partir del hábito. Sin embargo, y en este punto señala Hume el problema de formular dichos postulados, el hábito no puede ser jamás fundamento para la afirmación acerca de la existencia externa de los objetos.

De acuerdo con el principio de individuación, señala el autor, la consideración de un objeto no es suficiente para producir la idea de identidad. Esto es así debido a que al formular enunciados del tipo “el objeto es idéntico a sí mismo”, la idea expresada en dicha afirmación por la palabra “objeto” no es en modo alguno diferente de la significada por las palabras “sí mismo”. Un objeto único proporciona la idea de unidad, eso no está en discusión para Hume, pero no proporciona de ningún modo la idea de identidad (Martin & Barresi 2006, p. 153).

Esta idea de identidad tampoco puede ser obtenida a través del número: una multiplicidad de objetos similares alcanza, nuevamente, para explicitar la unidad separando unos de otros, pero no ofrece explicación última de la identidad. Entonces, si tanto la unidad como la multiplicidad son incapaces de dar cuenta de la identidad, esta parece escaparse a nuestra comprensión.

La identidad en relación con la idea de tiempo o duración adquiere otra forma. El tiempo, para Hume, no consiste sino en la sucesión. Cuando aplicamos esta idea a lo que consideramos objetos inmutables, lo hacemos mediante la facultad de la imaginación. Esto produce una ficción que nos lleva a pensar que este objeto no participa de los cambios. Basta con que un objeto no nos muestre durante algún tiempo variación o interrupción alguna para que nuestra imaginación genere la noción de identidad. Así:

“...el principio de individuación no es más que la invariabilidad y continuidad de un objeto a través de una supuesta variación en el tiempo, por la que el espíritu puede seguirlo en los diferentes períodos

de su existencia sin una interrupción de su consideración y sin verse obligado a formar la idea de multiplicidad y número”. (2011, p. 157)

La constancia de nuestras percepciones es lo que nos hace atribuirles una identidad numéricamente perfecta. La imaginación es la causa de que, por medio de la relación de semejanza, las ubiquemos siempre en la misma disposición o, por caso, en disposiciones muy semejantes. El pensamiento se desliza a través de la sucesión con igual facilidad que si se tratase un mismo objeto y, por este motivo, confundimos sucesión con identidad:

“La verdadera naturaleza y esencia de la relación es enlazar ideas entre sí y facilitar, ante la aparición de una, la transición a su idea correlativa. El paso entre las ideas relacionadas es, pues, tan suave y fácil que produce una alteración muy pequeña en el espíritu y parece la continuación de la misma acción, y como la continuación de la misma acción es un efecto de la consideración continuada de un mismo objeto, he aquí la razón de por qué atribuimos la identidad a toda sucesión de objetos relacionados”. (2011, p. 159).

Y lo mismo, afirma Hume, puede decirse de lo que llamamos identidad personal. Lo que reconocemos como nuestro espíritu no es más que una multitud o colección de diferentes percepciones, que se encuentran unidas entre sí por ciertas relaciones a las que, erróneamente, consideramos simples. Y creemos ver en ellas una identidad perfecta. Cuando la semejanza de nuestras percepciones nos hace atribuirles la identidad, eliminamos la interrupción entre unas y otras llenando los intervalos.

En el Libro I, Parte IV, Sección V de su *Tratado...*, donde examina el problema de la identidad personal en profundidad, Hume dirige sus críticas a la noción lockeana de identidad fundada en la memoria, intentando refutar este tipo de justificación que apela a su carácter autoevidente:

“Desgraciadamente, todas estas afirmaciones positivas son contrarias a la experiencia que se presume en favor de ellas y no tenemos una idea del Yo ... ¿Pues de qué impresión puede derivarse esta idea? Esta cuestión es imposible de responder sin una contradicción manifiesta y un absurdo manifiesto”. (2001, p. 190)

La imposibilidad de determinar con qué impresión se corresponde la idea de identidad personal es un problema para Hume. Fiel a su principio empirista, sostiene que, en todo caso, debe existir una impresión que sea causa y origen de cada idea.

El problema que se presenta en torno de la identidad persona es que el yo o la persona no se corresponde con impresión alguna. Si acaso pudiéramos pensar en alguna impresión que originara la idea del yo, esa impresión debería mantenerse invariablemente idéntica a sí misma durante toda nuestra vida. Pero, señala Hume, no existe ninguna impresión de este tipo:

“El dolor y el placer, la pena y la alegría, las pasiones y sensaciones se suceden las unas a las otras y no pueden existir jamás a un mismo tiempo. No podemos, pues, derivar la idea del Yo de una de estas impresiones, y, por consecuencia, no existe tal idea”. (2001, p. 190)

Pero si tal impresión no existe, como afirma Hume, y nuestras percepciones particulares, todas ellas, son diferentes, distinguibles y separables ¿cómo se conectan entre sí? El filósofo señala que nuestro equívoco reside en buscar dicho sustrato: “No puedo jamás sorprenderme a mí mismo en algún momento sin percepción alguna, y jamás puedo observar más que percepciones” (2001, p. 191). Cuando hablamos de un yo, es necesario que exista una idea unida a este término. Si dirijo mi reflexión sobre mí mismo no puedo percibir nunca este yo sin una o más percepciones, ni tampoco me es posible percibir algo más que estas múltiples percepciones. Es la composición de estas percepciones la que parece constituir mi yo. Ahora bien, si toda idea se deriva de impresiones precedentes y

no poseemos una impresión correspondiente del yo o substancia como algo simple e individual, no tenemos ninguna idea de ellos en este sentido.

Hume concluye con la afirmación de que los seres humanos “no son más que un enlace o colección de diferentes percepciones que se suceden las unas a las otras con una rapidez inconcebible y que se hallan en un flujo y movimiento perpetuo.” (2001, p. 191) dado que no existe una sola percepción que permanezca inalterable, ni siquiera por un momento.

Nuestra mente es, para Hume, una suerte de teatro en el que las distintas percepciones que captamos a través de los sentidos se nos presentan en forma sucesiva, se desvanecen y mezclan en una variedad infinita de situaciones. No existe en nuestra mente, entonces, una idea de identidad personal que se corresponda con una impresión simple, sino quizás una cierta inclinación natural que nos conduce a imaginar dicha simplicidad e identidad.

¿Qué nos lleva, se pregunta, a atribuir una identidad a estas percepciones sucesivas y a suponer que nosotros poseemos una existencia invariable e ininterrumpida a lo largo de nuestras vidas? Para dar respuesta a este interrogante, Hume sostiene que la identidad personal es similar a la que le atribuimos al resto de los seres vivos: partimos de la idea de un objeto que se nos aparece como invariable e ininterrumpido a la percepción a lo largo del tiempo y a esta idea la denominamos “identidad”. Lo mismo sucede en relación con el segundo de los sentidos que le atribuimos a la identidad personal: la actividad de la imaginación nos lleva a considerar que nuestros sentimientos y pasiones poseen algo que las conecta y llamamos a eso “identidad personal”:

“Fingimos la existencia continua de las percepciones de nuestros sentidos para evitar la interrupción y recurrimos a la noción de un alma, yo y substancia, para desfigurar la variación. Sin embargo, podemos observar aún que, cuando no hacemos surgir esta ficción, nuestra propensión a confundir la identidad con la relación es tan grande que

tendemos a imaginar algo desconocido y misterioso, que enlaza las partes, además de la relación”. (2001, p. 192)

Si bien un cambio significativo en un cuerpo parece destruir la identidad de este, sin embargo, si el mismo cambio se produce de modo gradual y lentamente no parecemos percatarnos del mismo modo y no lo consideramos un cambio de identidad. Y al ver estos cambios produciéndose de un modo gradual a pesar de que han llegado a ser muy considerables, seguimos considerando que nos encontramos frente a un único objeto.

Hume recoge un famoso ejemplo para ilustrar estos artificios por los cuales se engaña a la imaginación<sup>12</sup>:

“Un barco del que se han cambiado partes importantes por frecuentes reparaciones se considera como el mismo, y la diferencia de los materiales no nos impide atribuirle una identidad. El fin común para que todas las partes sirven es el mismo en todas sus variaciones y nos proporciona una fácil transición de la imaginación de una situación del cuerpo a otra”. (2001, p. 194)

Esto es así debido a que reconocemos cierta conexión entre las diferentes partes en relación con lo común que conforman y suponemos, entonces, que mantienen relaciones recíprocas. Esto es más notable aún en el caso de los seres vivos. Es tan fuerte el efecto de estas relaciones sobre nuestra imaginación que concedemos erróneamente que, a pesar de presentar enormes cambios, estos seres mantienen intacta su identidad: “Una encina que crece desde una planta pequeña a un árbol grande es la misma encina, aunque no existe ni una partícula de materia o ninguna figura de sus partes que sean las mismas” (2001, p. 194). Y lo mismo puede decirse de la identidad personal, dado que consideramos la misma persona a quien supo ser niño y ahora es adulto, a pesar de que todo su

---

<sup>12</sup> La llamada “paradoja del barco de Teseo” aparece en el Tomo I de la obra “Vidas paralelas” de Plutarco.

ser haya cambiado significativamente. Esto sucede, continúa Hume, porque diferenciamos identidad numérica de identidad específica pero a menudo nos referimos a ellas de manera confusa (es por este motivo que decimos de una iglesia que supo ser de madera, fue demolida y reconstruida en piedra, que es una y la misma iglesia, a pesar de que ni la forma ni los materiales son los mismos).

Y algo parecido sucede con los objetos en los que admitimos cambios más repentinos sin que ellos nos hagan pensar en identidades diferentes, como los cursos de agua que se encuentran en constante cambio y movimiento y, sin embargo, nos referimos a ellos con el mismo nombre a lo largo de décadas o siglos. Esto se debe a que consideramos que estos cambios son de algún modo naturales y esenciales al objeto, por lo que no suscitan dudas en nuestra caracterización de sus identidades.

La identidad no es nada que pertenezca a estas percepciones diferentes y las una entre sí, sino tan sólo la unión de sus ideas en nuestra imaginación cuando reflexionamos sobre ellas y por causa de las relaciones de semejanza, continuidad y causalidad. La identidad personal no es tan diferente de la identidad del resto de los objetos, se trate de seres vivos u objetos inanimados. Del mismo modo que en esos casos, la identidad que atribuimos al espíritu humano es una ficción que procede de la actividad de la imaginación. Se puede pensar que la identidad de las personas consiste justamente en aquello que entrelaza las múltiples percepciones que poseemos.

La identidad personal procede del devenir del pensamiento paulatino y no interrumpido a lo largo de la serie de las ideas enlazadas de acuerdo con estas relaciones objetos, por causa de una asociación de ideas que surge del hábito.

La semejanza hace que al observar la sucesión de percepciones que constituye la identidad supongamos que la persona conserva siempre la memoria de una parte considerable de sus percepciones pasadas. Si esto es así, es



entonces la memoria la que revela la identidad y la fundamenta. Este el error en el que nos hace caer la relación de semejanza.

La causalidad, por su parte, nos lleva a observar a la identidad como un sistema de diferentes percepciones o diferentes existencias que se hallan enlazadas entre sí de manera causal “y se producen, destruyen, influyen y modifican mutuamente” (2001, p. 197). Por eso, sostiene Hume, pensamos en la identidad como en un Estado en que los diferentes miembros se encuentran unidos por los lazos recíprocos del gobierno y a pesar de los cambios incesantes de sus partes y normas, la misma persona puede del mismo modo variar su cuerpo y carácter sin perder su identidad.

Sin embargo, concluirá Hume, ninguna de estas concepciones es acertada. La memoria no puede fundar nuestra identidad ya que no es perfecta y admite olvidos, pues:

“¡De qué pocas de nuestras acciones tenemos memoria! ¿Quién puede decirme, por ejemplo, cuáles fueron sus pensamientos y acciones el primero de enero de 1715, el 11 de marzo de 1719 y el 13 de agosto de 1733? ¿O se afirmará que, porque se han olvidado totalmente los incidentes de estos días, el Yo actual no es la misma persona que el Yo de aquel tiempo y por medio de esto se echarán abajo las nociones más firmes de la identidad personal?”. (2001, p. 197).

Es por este motivo que si defendiéramos, como hace Locke, la idea de que la identidad personal se basa en la memoria, deberíamos aún explicar qué es lo que permite que esta se extienda a los momentos que no podemos hoy recordar.

Finalmente, concluye Hume, no es posible resolver satisfactoriamente todas las cuestiones relativas a la identidad personal. Lo único que podemos hacer es considerarlas dificultades gramaticales en lugar de dificultades filosóficas: todos

los problemas referentes a la identidad son meramente problemas del lenguaje producidos por la ficción de un principio de unión imaginario<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Cabe señalar que en el "Apéndice" al *Tratado...* Hume expresa -de manera poco clara- que la noción de yo por él provista también es defectuosa. Esto se debe a que la presentación que el autor realiza en el Libro primero -esto es, que no tenemos una impresión del yo- entra en contradicción con sus propias afirmaciones presentes en el Libro segundo, donde afirma la evidencia de tal idea.



**CAPÍTULO 3**  
**DESARROLLOS CONTEMPORÁNEOS**  
**DE LA IDENTIDAD PERSONAL**



### 3. DESARROLLOS CONTEMPORÁNEOS DE LA IDENTIDAD PERSONAL

Bajo la laxa denominación “problemas en torno de la identidad personal” se suele subsumir, en las discusiones contemporáneas, un amplio espectro de cuestiones y múltiples temas que no siempre se encuentran relacionados entre sí de un modo evidente (Baillie, 1993). Esta diversidad de problemas designados con un mismo nombre trae aparejada una gran variedad de perspectivas y niveles de análisis disímiles que responden a diferentes intereses teóricos.

Asumiendo el riesgo de simplificar en exceso esta problemática, una aproximación al concepto de identidad personal parece incluir en todos los casos preguntas tales como ¿a qué hacemos referencia cuando hablamos de identidad personal? ¿De acuerdo con qué criterio adscribimos identidad a una persona? E incluso ¿es propio hablar de identidad personal? Señala Concepción Naval:

“Una consecuencia de la variabilidad de la condición humana es su distinta plasmación histórica, por lo que puede hablarse de una diversa tematización de la identidad como algo difícil, en modo alguno constante e inmediato a todas las culturas. Este problema parece acentuarse en la Modernidad, hasta el punto de volverse obsesivo, en el momento en que la noción de persona se transforma en la de subjetividad legisladora, y estalla en el romanticismo en sus dos versiones de rechazo a una realidad insoportable: o bien radicalizando la soberanía de la subjetividad o bien escapando hacia ámbitos de desaparición del yo en beneficio de instancias anónimas”. (1997, p. 762)

Cabe recordar que hasta el advenimiento de la Edad Moderna, las identidades eran comprendidas a modo de identificaciones y su carácter problemático no estaba del todo trabajado, al menos no de manera sistemática.

Eran comprendidas, más bien, como generalidades que resultaban útiles al momento de conjugar diferencias y cambios evidentes en las personas.

Con el surgimiento de la noción de subjetividad, estas perspectivas se vuelven problemáticas: la necesidad moderna de justificación de la identidad a través de la autoevidencia requiere de un análisis profundo de las consecuencias de postular la identidad de las personas. Es por esta causa que las respuestas dirigidas a estas cuestiones en las teorías contemporáneas de la identidad personal abordan la problemática desde tres puntos de vista diferentes: una concepción biológica de la identidad, un punto de vista psicológico; o un punto de vista basado en narrativas de identidad (Naval, 1997).

Como veremos en los apartados siguientes de este capítulo, el primer punto de vista es sostenido por Bernard Williams quien, en defensa de un criterio físico de identidad personal, intentará demostrar que la identidad debe tener como sede un cuerpo físico.

El segundo punto de vista es el de Derek Parfit quien, presentando una reformulación de la teoría lockeana menos restrictiva que la su antecesor, parece resistir las críticas que aquella ha recibido.

El tercer punto de vista es el sostenido por los defensores de las teorías narrativas. Charles Taylor y Paul Ricoeur se presentan como dos de los exponentes más importantes de esta perspectiva. Taylor presenta una comprensión del problema de la identidad personal desde una perspectiva fundamentalmente narrativa, en la cual se destaca la importancia atribuida a la esfera de lo social en la conformación de la identidad del individuo.

Por su parte Ricoeur ofrece un análisis más específico de esta problemática, otorgando un lugar central a la narración no sólo dentro del espacio moral sino también como forma de permanencia de los aspectos cambiantes del yo,

afirmando que una teoría acerca de la identidad personal sólo puede articularse en la dimensión temporal de la existencia humana.

A continuación se analizarán y comentarán en profundidad estas tres líneas contemporáneas de pensamiento en torno del problema de la identidad personal.

### **3.1. El criterio físico: identidad fundada en la continuidad de los cuerpos**

Un aspecto constante en los escritos de Bernard Williams es la defensa de un criterio físico de la identidad personal fundado en la continuidad de los cuerpos. Esta perspectiva no se dirige únicamente a un esclarecimiento teórico de las problemáticas surgidas en torno de este debate, sino que a la vez sienta las bases para la comprensión de una ética basada en agentes históricamente situados y diferentes entre sí, lo que posibilita la existencia de las relaciones interpersonales, campo de acción y reflexión de dicha disciplina.

Williams señala que los problemas en torno de la identidad personal se originan a partir de dos cuestiones:

“La primera es la conciencia que tenemos de nosotros mismos, el hecho de que parece haber un sentido particular en el cual el hombre es consciente de su propia identidad ... La segunda razón es que la pregunta por la identidad personal evidentemente no puede ser respondida señalando simplemente la identidad de un cierto cuerpo físico”. (1973, p. 1)

Su propuesta consiste en ofrecer una tesis a favor del criterio físico, apelando a la continuidad de los cuerpos como fundamento de la identidad personal. El criterio psicológico basado en la memoria, afirma, no es fundamento adecuado de una teoría de la identidad personal:



“Supongamos que un hombre poseía un grupo de recuerdos R y ahora posee un grupo diferente, R1. Ésta sería una situación a la que podríamos recurrir para decidir qué criterio es mejor para responder a la pregunta sobre su identidad. Sin embargo, no sucede tal cosa, dado que tanto cuando posee el grupo de recuerdos R como cuando posee los recuerdos R1, no tiene duda alguna sobre su identidad, por lo que la pregunta no tiene lugar. Para que se le ocurriera formular la pregunta, debería darse el caso de que poseyera al mismo tiempo los grupos de recuerdos R y R1, lo que haría que R estuviera incluido en R1, lo que resultaría contrario a la hipótesis de que son diferentes, de un modo relevante”. (1973, p. 13)

En “El yo y el futuro” (1975)<sup>14</sup>, Williams avanza con sus ataques contra la propuesta lockeana que apela al criterio psicológico de la identidad basada en la memoria. Intenta demostrar que los experimentos mentales que pretenden mostrar que “el intercambio de cuerpos” es conceptualmente posible mientras la identidad se mantiene intacta –gran parte de los cuales se remontan hasta el tiempo de Locke- no son útiles a la hora de brindar apoyo a dichas tesis, como podría parecer en principio. Con el fin de probar su punto, va a presentar un experimento mental que, a pesar de estructurarse de modo similar a sus antecesores, lleva a la conclusión opuesta.

Nos pide que supongamos

“...un proceso al cual dos personas, A y B, pudieran someterse y por cuyo resultado podría decirse ... que han *intercambiado cuerpos*. Es decir ... que existe cierto cuerpo humano que es tal que cuando previamente nos hallábamos frente a él, nos hallábamos frente a la persona A, ciertos enunciados eran expresión de los recuerdos de las

---

<sup>14</sup> “El yo y el futuro” es el capítulo cuarto de *Problems of the Self* (1973) un conjunto de quince ensayos escritos entre 1956 y 1972 centrados en los problemas de la identidad personal y su relación con otras temáticas como la moralidad o la filosofía de la mente.

experiencias pasadas de *A*, ciertos movimientos constituían parcialmente las acciones de *A* y eran tomados como expresiones del carácter de *A*, etcétera; pero ahora, luego de que el proceso ha sido completado, los enunciados que salen de este cuerpo son expresiones de lo que parecen corresponderse con las memorias que anteriormente identificábamos como las experiencias pasadas de *B*, sus movimientos constituyen parcialmente acciones que expresan el carácter de *B*, etcétera; y lo mismo en relación con el otro cuerpo". (1975 p. 179)

Supongamos, nos dice, que *A* y *B* son realmente similares, lo suficiente como para que el problema mencionado no tenga lugar. Luego del experimento de intercambio de cuerpos las personas que conocían a *A* y a *B* se hallan sorprendidas por ciertas actitudes asociadas a *B* que ahora ven en el cuerpo de *A* y viceversa. Sin embargo, aún concediendo que éste sea el caso del experimento, advierte Williams, aún persiste una limitación que debe ser tenida en cuenta si lo que deseamos es sostener la afirmación de que *A* y *B* intercambiaron cuerpos.

Para poder sostener con firmeza que enfrentándonos con lo que supo ser el cuerpo de *A* concedamos que nos encontramos ahora frente a la persona *B*, es necesario que concedamos también que los enunciados que surgen de ese cuerpo sean reconocidos genuinamente como expresión de la memoria de hechos pasados de *B*. Y justamente en este punto, señala Williams, radica el problema. La memoria es una noción causal y, de acuerdo con la comprensión que de ella tenemos, para que un sujeto posea el conocimiento presente de sus experiencias pasadas unidas a los otros recuerdos en una cadena causal es necesario que dichas experiencias no se hayan producido fuera de su cuerpo.

Debería existir algún tipo de conexión causal entre el cuerpo actual y el acontecimiento pasado de dichos eventos que dieron lugar, en un cuerpo diferente, a los recuerdos ahora enunciados. Supongamos que el proceso anterior es posible, que en el intercambio se produce la extracción de los recuerdos de la

persona y se los almacena para luego reimplantar dicha información en un cuerpo nuevo. Si este fuera el caso, resultaría que, habiendo cambiado de cuerpo, el sujeto podría de todos modos retener toda esa información que se encontraba en su cuerpo anterior. No se trataría de nueva información, sino de la misma información con la que ese hombre ya contaba.

El autor introduce dos ejemplos de experimentos mentales sobre intercambio de cuerpos a los que usualmente se apela para probar la adecuación del criterio psicológico a la noción de identidad personal. El primero de ellos suele presentarse de la siguiente forma:

“Dos personas pueden ingresar a una máquina, digamos, y emerger cambiados de modo apropiado. Si *A* y *B* son las personas que ingresan, llamemos a las personas que salen *Persona-cuerpo-A* y *Persona-cuerpo-B*. La *Persona-cuerpo-A* es la persona (quienquiera que fuera) a la que me enfrente cuando, luego de realizado el experimento, me enfrente al cuerpo que previamente fue el cuerpo de *A* es decir, la persona que naturalmente sería tomada por *A* por alguien que viera a esta persona ... y no supiera que un experimento tuvo lugar ... la descripción de este experimento como uno de “intercambio de cuerpos entre personas” implica, por supuesto que la *Persona-cuerpo-A* es en realidad *B*”. (1975 p. 181)

Williams avanza en su demostración y nos pide que imaginemos que dos personas *A* y *B* van a someterse a dicho experimento. Pero estipula que tras el experimento, una de las personas resultantes, esto es *Persona-cuerpo-A* o *Persona-cuerpo-B*, recibirá a modo de premio una gran suma de dinero, mientras que la otra será torturada. También se les pedirá a *A* y a *B* que, basándose en razones puramente egoístas, elijan cuál de las dos opciones quieren que se le aplique a cada una de las personas que emergen del experimento.

Supongamos entonces que cumpliendo con la consigna *A* elige que la *Persona-cuerpo-B* reciba el premio y la *Persona-cuerpo-A* sea torturada y *B* elige justamente lo contrario. El experimentador, como es lógico, no puede conceder ambos pedidos, por lo cual las preferencias de alguno de ellos serán desestimadas. El experimento se lleva a cabo y la *Persona-cuerpo-B* es torturada mientras que la *Persona-cuerpo-A* gana una gran suma de dinero. Es claro que la *Persona-cuerpo-B* se quejará del resultado, dado que tiene los recuerdos de *A*, y declarará que esa no fue la preferencia que expresó. La *Persona-cuerpo-A*, como es obvio, se hallará feliz con el resultado ya que recibirá la suma de dinero prometida.

Este experimento, señala Williams, presentado de esta manera, demuestra, de modo similar al argumento cartesiano, que nuestras preocupaciones sobre nuestros futuros se encuentran estrechamente ligadas a las preocupaciones que tenemos, no sobre los cuerpos actuales, sino sobre aquellos en los cuales habitará nuestro yo.

El segundo de estos experimentos reformulado por Williams nos invita a suponer que, cuando se les propone formar parte de este proceso de intercambio de cuerpos, *A* y *B* tienen en consideración exclusivamente las ventajas y desventajas psicológicas que les producirá dicho cambio. Los pensamientos de *A* se dirigen hacia los ataques ansiedad que suele sufrir y los pensamientos de *B* lo hacen hacia ciertos recuerdos dolorosos de su pasado. Ambos esperan que este experimento les permita, de algún modo, evitar dichos problemas. *A* piensa que luego del experimento el cuerpo que le toque no sufrirá de la ansiedad que ahora lo aqueja y *B* cree que se librá de los recuerdos dolorosos. El experimento se lleva a cabo y la *Persona-cuerpo-B* comprueba con desazón que su ansiedad no lo ha abandonado y la *Persona-cuerpo-A* es aún acosada por los recuerdos dolorosos del pasado.

De acuerdo con estos dos experimentos presentados, parecería que se debe conceder la tesis de que uno se identifica a sí mismo sólo con su memoria y no con su cuerpo y por este motivo los defensores de los criterios de identidad personal basados en la memoria suelen apelar a ellos (Coleman, 2000). Sin embargo, la fuerza del argumento a favor del criterio físico de Williams consiste en hacer uso de la misma propuesta de sus adversarios, consiguiendo un resultado opuesto al de aquellos:

“Consideremos un ejemplo apenas diferente. Alguien en cuyo poder me encuentro me dice que mañana voy a ser torturado. Estoy aterrizado y tengo sentimientos de aprensión hacia el mañana. Agrega, además, que cuando llegue el momento yo no voy a recordar que me habían avisado que eso iba a sucederme, dado que unos momentos antes de ser torturado se me hará algo que producirá que me olvide de este anuncio. Esto no me consuela, dado que sé con certeza que ... aunque me haya olvidado o me hayan hecho olvidar una predicción acerca de la tortura, aún será una tortura a la cual temeré, al menos en tanto recuerde la predicción. Entonces [mi captor] agrega que el hecho de que yo vaya a olvidarme de este anuncio es sólo parte de un proceso mayor: cuando llegue el momento de la tortura, yo no voy a recordar ninguna de las cosas de las que soy capaz de recordar en este momento. Esto tampoco me consuela dado que, por ejemplo, puedo concebir [la posibilidad de] sufrir un accidente y despertarme con una fuerte amnesia y un terrible dolor. ... [Mi captor] agrega que en el momento de la tortura no sólo no recordaré las cosas que ahora recuerdo, sino que tendré un conjunto de impresiones diferentes de mi pasado, muy diferentes de los recuerdos que ahora poseo. Esto tampoco me consuela, dado que puedo pensar en la posibilidad ... de volverme loco y pensar que soy Jorge IV o alguien más y que se me

diga que algo así va a pasarme no reduce el terror de saber que voy a ser torturado ...”. (1975 p. 186)

A diferencia de nuestras intuiciones en relación con los otros dos experimentos anteriores, en esta nueva versión que propone, no parece haber motivo para que consideremos que nuestra memoria es lo único que importa en relación con nuestra identidad.

Las diferencias entre los experimentos propuestos antes y este último son varias. En primer lugar, en la última versión, la tortura es presentada como algo que va a sucederme *a mí*. La apelación a la primera persona tiene claramente un efecto retórico y emocional sobre cómo captamos la situación y qué estaríamos dispuestos a conceder. Sin embargo, este efecto emocional no anula el hecho de que las decisiones que tomaríamos al enfrentarnos con un caso así no serían diferentes a las presentadas: ninguna de las aclaraciones del captor lograrían tranquilizarnos. En otras palabras, las impresiones que poseo de mi pasado no tienen efecto alguno en el hecho de que vaya a sufrir dolor físico. El dolor físico, a diferencia del emocional, no depende del carácter de mis creencias. Ninguna clase de cambio en mi carácter, por más notable que sea, alcanzará para afectar sustancialmente la gravedad de las torturas que se me aplicarán. Con esta afirmación, Williams no quiere sugerir que los estados mentales no son importantes para el análisis de esta clase de situaciones, sino que le interesa señalar, en contra de las propuestas a las cuales se opone, que no son lo único que nos importa.

En segundo lugar, la diferencia que existe entre los dos primeros experimentos y el último es que, en el caso del captor, en ningún momento se hace referencia “al otro hombre”, es decir, al que resultaría de reemplazar mis recuerdos por otros.

Explicitadas las diferencias entre los experimentos y con el fin de reforzar su argumento, Williams retoma su ejemplo y presenta una serie de casos alternativos

a la tortura de *A*. Nos pide que consideremos en las siguientes versiones si acaso se puede señalar algún cambio significativo en nuestras percepciones de la tortura:

- (1) *A* será sometido a una operación que le producirá amnesia total;
- (2) la amnesia provocará cambios en el carácter de *A*;
- (3) estos cambios en su carácter se acompañarán de algunos recuerdos ilusorios que le serán inducidos intencionalmente y que no se corresponden con los que previamente *A* poseía;
- (4) lo mismo que en (3) con la diferencia de que tanto los nuevos rasgos de carácter como recuerdos pertenecían a otra persona, llámese, *B*;
- (5) lo mismo que en (4) pero concediendo que *B* quedaría exactamente en el mismo estado en el que estaba; y
- (6) lo mismo que en (5) pero *B* no quedaría igual a como era, sino que se realizaría el procedimiento de intercambio y adquiriría los rasgos de carácter y los recuerdos de *A*.

Cuando *A* se enfrenta a la situación (1) posee razones suficientes para temer a la perspectiva de ser torturado. Lo mismo puede decirse en relación con las situaciones (2) y (3), ya que el temor a ser torturado puede deberse a un cierto sentimiento de empatía, de injusticia o de piedad hacia su yo apenas modificado.

La situación (4), señala Williams, se distingue de las anteriores ya que se introduce una nueva persona en escena, *B*. Pero salvo por esa diferencia, no parece haber otro cambio significativo. En la situación (5), se introduce una nueva variable que reviste cierta importancia, sin embargo no parece claro que se pudiera señalar diferencia alguna en la predisposición de *A* frente a la amenaza de ser torturado.

Es recién cuando nos enfrentamos a una situación hipotética como la (6) que pareceríamos estar dispuestos a conceder que *A* es ahora la *Persona-cuerpo-B* y por eso no debe temer en absoluto a la perspectiva de que la *Persona-cuerpo-A* sea torturada.

Se pregunta Williams acertadamente, ¿por qué el sujeto habría de sentir miedo cuando predicen su tortura en (5) y no así en (6)? En el paso de (5) a (6) no parece haber ningún tipo de diferencia en lo que le sucede a *A* sino que la única diferencia es lo que le sucede a alguien más. Y sin embargo, nuestras intuiciones nos llevan a considerar sólo el último ejemplo como el caso en el cual no deberíamos temer a la tortura.

El hecho de que *A* en (6) se encuentre ahora siendo la *Persona-cuerpo-B*, hace que consideremos que ya no queda conexión alguna con la ahora *Persona-cuerpo-A* y por esa razón la perspectiva de un posible dolor no los afecta.

Williams vuelca su atención sobre un rasgo presente en este tipo de argumentos que es también, a menudo, dejado de lado en los análisis sobre las cuestiones asociadas al problema de la identidad personal. En general, sostiene, se traza una distinción entre los aspectos relacionados con las cuestiones en torno de la identidad personal relativos a la primera persona y los relativos a la tercera persona y se sostiene que hay serias dificultades entre ambos enfoques. También se señala a menudo que las consideraciones psicológicas y las consideraciones de la continuidad de los cuerpos en relación con la identidad personal sufren de una suerte parecida y que su relación es compleja. El paralelismo, señala Williams, es evidente: un enfoque basado en la tercera persona concentra la atención en las consideraciones psicológicas, mientras que un enfoque desde la primera persona enfatiza las consideraciones en torno de la continuidad de los cuerpos.

Los ejemplos presentados por Williams conducen a conceder que, en contra del criterio psicológico, al confrontarnos con el caso en que se nos pide que



supongamos que somos en el futuro torturado y se nos dice que sufriremos profundas transformaciones en el carácter, la perspectiva de tortura nos asusta dado que pensamos que nuestro yo permanece a pesar de dichos cambios. Esto se debe, afirma Williams, a que nuestros cuerpos -no nuestros contenidos mentales- conforman el *locus* de identificación de nuestra identidad.

### **3.2. Una propuesta reduccionista**

En su gran obra, *Razones y Personas* (2005), Derek Parfit intenta responder a la pregunta de si acaso la teoría del autointerés, que defiende la idea de que en la mayoría de los casos debemos poner los propios intereses por delante de los intereses de los demás, defendida por la tradición filosófica de la Modernidad a nuestros días, es una teoría racional. Y en el intento de dar una respuesta a dicho interrogante, se ve obligado a definir previamente qué son las personas. En otras palabras, qué es lo que nos permite identificar a un individuo y distinguirlo de otros.

Si tomamos las propuestas presentadas en torno de las diferentes teorías sobre la identidad personal, reflexiona Parfit, estamos obligados a conceder que cada persona posee una única identidad personal propia e intransferible. Esto nos lleva a declarar, en consecuencia, que tiene sentido adherir a las teorías éticas sostenidas en el autointerés. Si, por el contrario, se diera el caso de que dicha noción de identidad personal no pudiera ser establecida, nos veríamos forzados a concluir que no existen razones para favorecerme a mí mismo por sobre los demás.

Parfit busca establecer qué es lo que nos importa cuando manifestamos preocupación acerca de nuestra supervivencia y bienestar en el futuro. En su análisis, va a intentar demostrar que lo que importa no es si acaso nosotros vamos

a sobrevivir, sino si quienes lo hicieran fueran a poseer cierta clase de conexión psicológica con quienes somos ahora (Belzer, 2005). Como se verá a continuación, para defender su propuesta el autor hace uso de una serie de experimentos mentales destinados a mostrar que, en definitiva, no va a ser la identidad personal entendida en un sentido estricto aquello sobre lo que debemos preocuparnos. Consideremos el siguiente caso descrito por Parfit:

“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 ... Cuando apriete el botón, perderé la conciencia y luego despertaré 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 ... el mensaje tardará tres minutos en llegar al replicador en Marte. Éste creará entonces, partiendo de materia nueva, un cerebro y un cuerpo exactamente como los míos. Será en ese cuerpo donde me despertaré”. (2005, p. 371)

Hasta aquí, la primera parte del experimento. Parfit introduce a continuación una situación adicional a tener en cuenta:

“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. ¿Qué hice mal?» «Sí 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 ...».

El asistente ... añade que ... podré usar el intercomunicador para verme y hablar conmigo en Marte”. (2005, p. 372)

Allí no termina el experimento. Parfit agrega otra situación adicional que debemos considerar:

“«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 ... dice: «Me temo que tenemos problemas con el nuevo escáner. Graba su cianotipo con la misma perfección y exactitud, ya lo podrá comprobar cuando se vea y hable consigo mismo en Marte. Pero parece que resulta nocivo para el sistema cardíaco 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 sufrirá un ataque cardíaco en los próximos días ... Mi Réplica entonces me asegura que seguirá con mi vida donde yo la dejé. Ama a mi mujer, y entre los dos cuidarán de mis hijos. Y terminará el libro que estoy escribiendo ... Morir cuando sé que tendré una Réplica no es tan malo como morir, simplemente. Aun así, pronto perderé la conciencia, para siempre.»”. (2005, pp. 372 - 374)

Por medio de este experimento mental, Parfit intenta determinar qué es lo que pensamos implicado en nuestra propia existencia continua. En otras palabras, busca la respuesta a la pregunta ¿qué es lo que hace que pensemos que somos los mismos en diferentes tiempos y lugares? Para intentar responder a estas cuestiones, el autor traza la diferencia entre dos tipos de identidad, la identidad cualitativa y la identidad numérica: tanto la persona como su réplica son *cualitativamente* idénticos, pero *numéricamente* diferentes. Son una y la misma persona de acuerdo con el primer sentido de identidad, pero no así en relación con el segundo sentido. Esta diferenciación de sentidos nos permite en ciertos casos, supongamos cuando una persona sufre de demencia severa, formular enunciados

de la forma “Manuel ya no es la misma persona que era”, en los que concedemos que esta persona es *numéricamente* idéntica, pero ya no *cualitativamente* idéntica con la persona que conocimos tiempo atrás.

Avanzando con sus críticas, Parfit señala que el criterio físico de la identidad personal debería ofrecernos respuestas al problema de qué es lo que garantiza nuestra continuidad en el tiempo, especialmente frente a los problemas que plantean los criterios psicológicos. Este es el tipo de criterio al que se recurre al tratar de explicar la continuidad física espacio-temporal a través del tiempo en relación con la mayor parte de los objetos físicos. Sin embargo observa que este criterio conlleva serios problemas.

En primer lugar, señala, cierta clase de cosas continúa existiendo aunque su continuidad física sufra profundos cambios. Este es el caso de los seres vivos, por ejemplo, que experimentan transformaciones notables desde su génesis hasta su muerte y cuyos organismos atraviesan diferentes fases en su desarrollo.

En segundo lugar, señala el problema de determinar las relaciones entre las partes y aquello que forman, que es algo más complejo que la mera suma de éstas:

“Supongamos que tengo el mismo reloj de oro que me dieron de joven, aunque haya permanecido desmontado durante un mes en la estantería de un relojero. Según una opinión, en la senda espacio-temporal trazada por este reloj no hubo un reloj en cada uno de los puntos, de modo que ... no tiene una historia de continuidad física plena ... Según otra opinión, aún cuando estuvo desmontado, mi reloj existía”. (2005, p. 378)

Y, retomando el ejemplo del barco, el problema se torna aún más complejo cuando analizamos las cosas cuya existencia continua no parece necesitar de la existencia continua de sus componentes:

“Supongamos que reparamos de vez en cuando un barco de madera mientras está amarrado al puerto y que después de cincuenta años no contiene ninguno de los trozos de madera de los que al principio estuvo construido. Es todavía el mismo barco porque, como barco, ha manifestado durante esos cincuenta años una continuidad física total”.  
(2005, p. 378)

Puede trazarse una analogía entre el ejemplo del barco ofrecido por el autor y el cuerpo humano, en el cual gran parte de las células que lo componen son constantemente reemplazadas por células nuevas a lo largo de la vida. Como ya vimos<sup>15</sup>, de acuerdo con el criterio físico lo que resulta necesario para la existencia continua de los cuerpos no es la existencia continua de los cuerpos enteros, sino la existencia continua de una porción suficiente para garantizar la identidad. Quienes defienden el criterio físico están obligados a sostener que en el caso del teletransporte presentado por Parfit al comienzo de su investigación se produce la muerte del viajero en la primera de las instancias (en la cual se destruye el cuerpo), aunque no en la segunda, en la que meramente se realiza una copia sin destruir el original.

En el otro extremo del espectro de las teorías de la identidad personal se encuentra el criterio psicológico. Como vimos<sup>16</sup>, este criterio apela a la continuidad de la memoria como justificación de la identidad personal. Los defensores de esta postura sostienen que es esta facultad la que nos hace ser conscientes de nuestra propia existencia continua a través del tiempo. En un intento de salvar las dirigidas a Locke<sup>17</sup>, Parfit diferencia entre dos clases de conexiones de memoria: las *conexiones directas* de memoria, el recuerdo de haber tenido experiencias pasadas, y la *continuidad* de memoria, la cual no implica el recuerdo de todos los

---

<sup>15</sup> Ver capítulo 3, apartado 3.1.

<sup>16</sup> Ver capítulo 2.

<sup>17</sup> Ver capítulo 2, apartado 2.3.

hechos pasados, sino la existencia de una cadena parcialmente superpuesta de recuerdos directos. Este es el caso, señala Parfit, de la mayoría de los adultos: cada día guardamos al menos una de las experiencias que tuvimos los días anteriores. La continuidad de memoria, señala Parfit, es un criterio menos restrictivo que el lockeano y parece resistir a los críticos de aquél.

El autor apela a un concepto más amplio de memoria al que llamará *cuasimemoria*. Esta se define a partir de tres condiciones: (1) que recuerdo una experiencia (2) que alguien tuvo esa experiencia<sup>18</sup> y (3) que mi recuerdo sea causalmente dependiente, del modo correcto, de esa experiencia pasada. De acuerdo con esta perspectiva, podemos declarar que la unidad de la vida de cada persona es en parte creada por la continuidad psicológica, pero no presupone la identidad personal. Y dado que esta perspectiva que apela a la *cuasimemoria* no presupone la identidad personal, puede ser parte de lo que la constituye, escapando así al menos a una de las objeciones clásicas a la propuesta lockeana.

Parfit también analiza la propuesta cartesiana, que sostiene que podemos deducir la existencia de una entidad de nuestras experiencias, lo cual se asocia a la tesis de que todo pensamiento posee un pensador. En relación con estos razonamientos, declara:

“Puesto que adscribimos pensamientos a pensadores, podemos afirmar verdaderamente que los pensadores existen. Pero no podemos deducir, del contenido de nuestras experiencias, que un pensador sea una entidad que existe separadamente. Y ... como no somos entidades que existen separadamente, podríamos describir exhaustivamente nuestros pensamientos sin afirmar que tienen pensadores. Podríamos describir exhaustivamente nuestras experiencias, y las conexiones

---

<sup>18</sup> Nótese aquí un cambio importante en relación con las condiciones de la memoria propuesta por Locke. No se trata ya de que haya sido yo quién tuvo la experiencia, sino que basta con que haya sido alguien.

entre ellas, sin afirmar que son tenidas por un sujeto de experiencias”.  
(2005, p. 412)

La propuesta de Parfit es lo que él llama una “descripción impersonal” y se enfrenta a todas las propuestas que sostienen que no es posible hacer referencia a experiencias concretas, ni describir las conexiones que entre ellas se producen, sin referirnos a la persona que posee dichas experiencias. Sin embargo, va a defender la idea de que la unidad de una vida mental puede ser explicada de manera impersonal. Llamamos “personas” a las personas al describir el contenido de pensamientos, deseos y otro tipo de experiencias, señala, pero tales descripciones por sí solas no alcanzan para afirmar que dichas experiencias son poseídas por personas.

El autor defiende la hipótesis de que se puede describir la continuidad psicológica de modo que no presuponga la identidad personal (apelando a su noción de *cuasimemoria*) y mostrando que no contamos con la evidencia suficiente para afirmar que exista una entidad separada del cuerpo de la persona que sea el portador de la continuidad necesaria para adscribir identidad personal y ofrece también argumentos en contra de las propuestas de criterios físicos de la identidad personal como el de Williams<sup>19</sup>: el criterio físico, señala Parfit, presenta dificultades difíciles de salvar ya que es susceptible de las mismas críticas que sus defensores dirigen hacia el criterio psicológico ya que parece difícil determinar qué clase de cambios resisten la noción de continuidad física. De esto se trata el argumento presentado por Parfit a favor de la indeterminación de la identidad personal:

“Siempre puedo preguntar «¿Estoy a punto de morir?» «¿Habrá alguna persona viva que será yo?». Pero, en los casos situados en la mitad del espectro, no hay respuesta a esta pregunta ... la pregunta aquí es *vacía*”. (2005, p. 424)

---

<sup>19</sup> Ver capítulo 3, apartado 3.1.

En los casos situados al comienzo del espectro reconoceríamos a personas similares a mi psicológicamente y con ciertas modificaciones físicas en relación con mi cuerpo. En los casos situados al otro extremo del espectro físico, habría una persona psicológicamente continua conmigo, pero no así desde lo físico. Este es el caso del hombre que se teletransporta a Marte presentado por Parfit al comienzo de su análisis. Los defensores del criterio de continuidad física no parecerían poder conceder que se trata de la misma persona en el último caso. Y lo mismo sucede en este caso, en relación con la propuesta psicológica, cuando se pone la atención sobre los casos intermedios. Incluso, señala el autor, si tenemos en cuenta una propuesta mixta, el espectro combinado en el cual se encuentran todas las variaciones posibles en los grados de conectividad tanto física como psicológica, va a presentar el mismo problema.

Como parte de su propuesta, Parfit defiende la idea de que no es necesario decidir entre los diferentes criterios de identidad personal dado que la identidad personal no es lo que importa (2005, p. 437). Para probar su punto, trae a colación un ejemplo basado en evidencia empírica. A diferencia de la mayoría de nosotros, quienes poseemos hemisferios cerebrales diferenciados encargados de diferentes funciones, existe un reducido grupo de personas con la particularidad de que no parece presentarse en ellas diferencia alguna entre sus hemisferios. Consideremos un caso, pide Parfit, en que un dispositivo permita a una de estas personas controlar el uso de sus hemisferios. Concedido este punto, pasa a presentar la siguiente situación:

“Estoy en un examen, y me quedan 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?”. (2005, p. 444)



Siguiendo este experimento mental, al desconectar los hemisferios cerebrales, la corriente de conciencia que hasta ese momento era una sola, se divide en dos, una correspondiente a cada hemisferio. Los únicos cambios en cada una de las corrientes implican la desaparición de la mitad del campo visual y la pérdida de sensación y control en uno de los brazos. El sujeto es capaz de realizar dos cálculos separados al mismo tiempo, cada uno de ellos analizado por uno de sus hemisferios que ahora no poseen conexión entre sí. ¿Qué sucederá, una vez terminados los cálculos, cuando el sujeto vuelva a unir en un solo cauce sus corrientes ahora separadas? Dice Parfit que cuando esto suceda el sujeto tendrá la impresión de recordar haber trabajado en dos cálculos y de no haber sido consciente, al trabajar en uno, de haber estado trabajando en el otro al mismo tiempo.

A través de este ejemplo de escisión mental, Parfit niega la idea de la necesidad de la unidad de la conciencia. Y apoya su afirmación en el hecho de que las personas que, por causa de cirugías o accidentes, tienen sus hemisferios separados, tienen también dos corrientes de conciencia separadas. Es decir, poseen dos series de pensamientos y experiencias, de forma que al tener una son inconscientes de la otra. La historia mental de una persona, señala Parfit, no tiene por qué ser pensada como una sola corriente.

Ahora, si no es la identidad personal lo que importa ¿qué es lo que justifica racionalmente nuestras preocupaciones en relación con nuestros futuros? Lo que justifica esta preocupación es el reconocimiento de la existencia de la relación de continuidad con cualquier causa, aunque estas causas no se corresponden con un criterio de identidad personal. Cambiando nuestra perspectiva, señala Parfit, sobre la naturaleza de la identidad personal, veremos también alteradas nuestras creencias sobre en qué consiste una preocupación racional y también sobre lo que es moralmente correcto e incorrecto.

Parfit va a analizar, en último lugar, la pertinencia de la teoría del autointerés. Esta teoría sostiene que para cada persona hay un fin último racional y es asegurarse que las cosas sean de la mejor manera posible para ella misma. Es por esa razón que sus defensores sostienen que un agente racional debería guiar sus acciones de modo de obtener los mejores resultados para él. Actuar buscando los peores resultados, entonces, sería elegir el camino de la irracionalidad.

Lo que fundamentalmente importa, sostiene Parfit, es la conectividad y la continuidad psicológicas, independientemente de cuáles sean sus causas. Y el reconocimiento de las mismas es razón suficiente para justificar mi preocupación en el futuro. Sin embargo, concede, dicha preocupación admite grados:

“Las conexiones psicológicas entre yo ahora y yo mismo mañana no son mucho más íntimas que las conexiones entre yo ahora y yo mismo el mes próximo. Y puede que no sean mucho más íntimas que las conexiones entre yo ahora y yo mismo el año que viene. Pero sí son mucho más íntimas que las conexiones entre yo ahora y yo mismo dentro de cuarenta años”. (2005, p. 584)

Desde esta perspectiva, una persona se encuentra fuertemente conectada con ella misma mañana, pero habrá mucha menos conexividad entre ella hoy y ella en cuarenta años. Lo que hace que sus preocupaciones sean más intensas cuando piensa en un futuro cercano que cuando piensa en un futuro lejano.

Ahora bien, uno de los argumentos centrales de la teoría del autointerés es el del requisito de la igual preocupación de la persona por todas las partes de su futuro. Este argumento implica que es irracional preocuparse menos del futuro distante que del inmediato. Sin embargo, declara Parfit, este requerimiento se esfuma cuando adoptamos la perspectiva de que lo que importa es el reconocimiento de la conectividad psicológica, la cual demostró que admite grados.

### **3.3. Identidad narrativa**

Las propuestas narrativas en torno a la identidad personal han sido colocadas en el centro del debate en décadas recientes. Estas teorías parecen poseer la cualidad de armonizar las perspectivas descriptivas de la identidad con las normativas.

En los próximos dos apartados analizaremos dos de los autores más importantes de esta vertiente filosófica.

#### **3.3.1. Identidad e interrelación**

En *Fuentes del yo* (1996), Taylor va a adentrarse en la investigación sobre las teorías modernas en torno del problema de la identidad personal y su relación con la moralidad, temas que considera esencialmente conectados. Su interés, particularmente, se dirige al aspecto de subjetividad que presentan las identidades modernas. La interioridad moderna, para este pensador, debe comprenderse como el conocimiento que poseemos de nosotros mismos como seres con cierta clase de profundidad y capaces de apelar a la razón para guiar nuestras acciones.

Taylor procura una resolución del problema de la identidad personal desde una perspectiva fundamentalmente narrativa en la cual se destaca la importancia atribuida a la esfera de lo social en la conformación de la identidad del individuo, en que el yo se sitúa necesariamente en un espacio moral de interrelación con los otros. Nos hallamos comprometidos con, y constituidos por, los mandatos morales que forman parte de nuestra vida cotidiana, mandatos que parecen haber sido

siempre reconocidos en todas las sociedades humanas<sup>20</sup>. Un aspecto central de su investigación lo constituyen las instituciones morales universales que atraviesan todas las instancias de la historia, que subyacen a las consideraciones morales aprendidas por medio de la educación y que parecerían pertenecer inherentemente a los seres humanos. Frente a este hecho, Taylor postulará la tesis de que la ontología es la única base adecuada para nuestras respuestas morales (1996, p. 29).

El pensamiento moral se mueve, sugiere Taylor, sobre tres dimensiones. En primer lugar, la dimensión moral de interrelación con los otros: los sentidos con que los dotamos de valor y dignidad y aquello que nos hace respetarlos. En segundo lugar, la dimensión de nuestras concepciones de lo que puede denominarse una vida buena y plena. Finalmente, la tercera dimensión que incluye las preguntas acerca de nuestra propia dignidad o del estatus que poseemos dentro de un grupo.

No pueden excluirse de las explicaciones en torno de la identidad y la ética los marcos referenciales debido al lugar central que ocupan en nuestras vidas. Los marcos referenciales se encuentran entretnejidos de diferentes maneras en las tres dimensiones de nuestra vida moral y, por eso, poseen una importancia diferenciada. Estos nos proporcionan el trasfondo -sea explícito o implícito- para la aseveración de nuestros juicios o intuiciones morales en cualquiera de estas tres dimensiones. Articular un marco referencial, entonces, es brindar una explicación de lo que subyace a nuestras respuestas morales.

Taylor se opone con su propuesta a la tesis reduccionista. Los horizontes dentro de los cuales vivimos nuestras vidas, sostiene, son los que les otorgan su sentido y permiten responder a las cuestiones más profundas en torno de la identidad personal:

---

<sup>20</sup> Entre ellos menciona “el respeto a la vida, la integridad y el bienestar, incluso la prosperidad de los demás” (Taylor 1996, p. 21).

“Saber quién soy es como conocer dónde me encuentro. Mi identidad se define por los compromisos e identificaciones que proporcionan el marco u horizonte dentro del cual yo intento determinar, caso a caso, lo que es bueno, valioso, lo que se debe hacer, lo que apruebo o a lo que me opongo. En otras palabras, es el horizonte dentro del cual puedo adoptar una postura”. (1996, p. 52)

Estos marcos referenciales determinan nuestra concepción acerca de lo que implica ser persona. Nuestra orientación moral es entonces una parte esencial del sentido de nuestra propia identidad: la identidad personal se determina de acuerdo con la orientación en el espacio moral en el que se plantean las cuestiones más variadas en torno del bien y del mal.

Las personas, sostiene Taylor, se encuentran enmarcadas por lo que perciben como compromisos universalmente válidos y a la vez por identificaciones particulares. Un ejemplo de los primeros puede ser la creencia en cierta religión o una fuerte inclinación política. Un ejemplo de las segundas puede ser la nacionalidad o pertenencia a una etnia. Nuestra identidad no se define sólo por uno de estos compromisos, ni por el rasgo más importante que consideremos que mueve nuestras vidas, sino que es una cuestión más profunda y multilateral que cualquier posible articulación que intentemos hacer de ella:

“... asumimos como algo básico que el agente humano existe en un espacio de interrogantes. Y estos son los interrogantes a los que responden nuestros marcos de referencia, brindándonos el horizonte dentro del cual sabemos dónde estamos y qué significan las cosas para nosotros”. (1996, p. 55)

El papel principal que desempeña nuestra identidad personal es el de brindarnos orientación, proporcionándonos un marco dentro del cual las cosas tienen sentido para nosotros, permitiéndonos definir qué es importante y que no lo es. La idea de un agente humano libre de todo marco referencial no expresa sino

una profunda crisis de identidad o un severo trastorno mental y, de existir, ese individuo no sabría cómo responder a las cuestiones más básicas de su vida. Una persona que careciera por completo de marcos referenciales se encontraría, además, por fuera de la urdimbre de interlocución, no tendría lugar en el espacio en que nos encontramos las personas.

El aspecto central que debe destacarse de la noción de identidad personal propuesta por Taylor tiene que ver con la importancia que le atribuye al lugar que una persona ocupa dentro de la sociedad. Los seres humanos se constituyen como seres cuya identidad compleja no puede ser especificable independientemente de cómo se autointerpretan. El vocabulario que utilizamos para definir las situaciones de un agente, se halla siempre estrechamente relacionado con el utilizado por la descripción de sentimientos, fines u objetivos. Estos tres grupos de términos se encuentran conectados de modo tan profundo que sólo pueden ser comprendidos considerándolos unos en relación con los otros:

“El yo está constituido en parte por sus autointerpretaciones ... pero las interpretaciones del yo nunca son totalmente explícitas. Es imposible la articulación total. El lenguaje aceptado articula para nosotros las cuestiones del bien. Pero no es posible articular totalmente lo que damos por supuesto, aquello con lo que sencillamente contamos, al utilizar dicho lenguaje”. (1996, p. 62)

Taylor señala que el vocabulario que empleamos para caracterizar el significado experiencial de situaciones posee su significado particular sólo como parte de un campo semántico más amplio que lo contiene, como parte de un grupo de conceptos al tiempo relacionados y contrastados. Esto implica que el significado de las situaciones en las cuales un agente se encuentra, así como la naturaleza de sus emociones y fines, es determinado por la estructura del

vocabulario del que dispone para su caracterización. La caracterización de la identidad personal está limitada por este sentido del yo.

Es en el yo, indica Taylor, donde el lenguaje es a la vez parte intrínseca y constituyente del objeto que pretende definir. Cualquier indagación en torno de la identidad de las personas es, entonces, una indagación sobre seres que solo existen en un lenguaje y son constituidos por éste. Ahora bien, el lenguaje se mantiene dentro de una comunidad lingüística, por lo cual deberíamos agregar otra característica que Taylor señala del yo: se es un yo siempre entre otros. La identidad de una persona jamás puede ser descripta sin hacer referencia a quienes lo rodean. Este punto de especial interés a Taylor quien señala que

“no sólo la tradición filosófico-científica, sino también la importante aspiración moderna a la libertad y a la individualidad, han conspirado para producir una identidad que aparentemente lo niega ... esa independencia moderna del yo no es la negación del hecho de que el yo sólo existe entre otros”. (1996, pp. 62-63)

La definición que cada uno de nosotros hace de sí mismo toma la forma de respuesta a la pregunta que interroga: ¿quién soy? Y esta pregunta no tiene sentido si no es formulada dentro de una comunidad de hablantes en la cual puede producirse. La identidad, entonces, se define como el lugar desde el cual hablo, el espacio social que me contiene, las funciones y roles que cumpla en dicho espacio y en las relaciones que mantengo dentro del mismo.

Y esto se hace evidente, señala Taylor, en el hecho de que aprendemos nuestros lenguajes de discernimiento moral al introducirnos en las primeras etapas de nuestras vidas en una conversación que ya viene siendo sostenida por quienes tienen a su cargo nuestra educación y crianza. Es ese el motivo por el que nuestros primeros significados se equiparan a los de ellos. Porque en la relación dialógica con los otros, los objetos sobre los que versa el diálogo son compartidos por los hablantes.

La identidad se determina de modo opuesto al solipsismo, en la relación que establece con otros interlocutores, que nos son esenciales para lograr la autoidentificación y la autocomprensión de nosotros mismos. El yo solo existe, señala Taylor, dentro de la *urdimbre de la interlocución*, la que proporciona el lugar desde donde hablo y determina con y hacia quién hablo. El error de la Modernidad ha sido propiciar el ocultamiento o el desplazamiento de la urdimbre de interlocución del debate en torno de la identidad personal. La completa definición de la identidad personal incluye, por lo tanto, no sólo su postura en torno de ciertas cuestiones morales sino también una referencia obligada a una comunidad definidora.

Para poder establecer la identidad de una persona, afirma Taylor, es necesario además que exista una cierta clase de orientación hacia el bien. Es decir, una cierta percepción de lo deseable por sobre las otras cosas. Dicha concepción del bien debe ir entrelazada en la comprensión que tengo de mi vida como una historia que va desplegándose en múltiples sentidos. En otras palabras, para lograr reconocer nuestra identidad personal debemos comprender nuestras vidas en una narrativa. Y este no es un movimiento opcional. Nuestras vidas se desarrollan en un espacio de interrogantes al que solo puede responder una narrativa coherente. Para tener sentido de quienes somos tenemos que tener noción de cómo llegamos a ser lo que somos y hacia dónde vamos.

La narrativa no estructura simplemente el presente, sino que permite comprender que lo que una persona es, es tan sólo lo que ha llegado a ser. Para lograr una evaluación acertada de aquello en que consiste la identidad de una persona, es necesario mirar tanto al presente, como al pasado y al futuro hacia el que se encamina:

“Por tanto, dar sentido a mi acción actual ... requiere de una comprensión narrativa de mi vida, una percepción de lo que he llegado a ser que sólo puede dar una narración. Y mientras proyecto mi vida



hacia adelante y avalo la dirección que llevo o le doy una nueva, proyecto una futura narración, no sólo un estado futuro momentáneo, sino la inclinación para toda la vida que me espera”. (1996, p. 81)

La identidad de las personas, concluye Taylor, no puede pensarse en referencia a objetos neutros o determinados. Las identidades existen en un espacio en que se entrecruzan numerosas cuestiones e inquietudes constitutivas que se relacionan con la idea de bien y determinan cómo las identidades se sitúan en relación con dicha idea. Lo que comprendemos como unidad en nuestros intentos de evocar la identidad personal se define justamente por ese ámbito de la inquietud. Y estas inquietudes no son más que las que hacen referencia a la configuración de nuestras vidas como un todo, desde una perspectiva narrativa que incluye pasado, presente y futuro. El sentido que tenemos de nosotros mismos es el de seres que crecen y devienen.

### **3.3.2. Identidad, mismidad e ipseidad**

La perspectiva narrativa de la identidad personal se ve también plasmada con gran fuerza en la propuesta de Paul Ricoeur. Sus obras *Tiempo y Narración* (2004) y *Sí mismo como otro* (1996) constituyen dos de las principales referencias para todas las consideraciones en torno de la identidad personal que se distancian de la perspectiva de la filosofía anglosajona mayoritariamente analítica.

La noción narrativa de identidad presentada por este autor se muestra como una clase de saber hermenéutico esencialmente diferente del de las ciencias naturales. A partir de la articulación narrativa de pares aparentemente opuestos como *mismidad* e *ipseidad*, el *yo* y el *otro*, la identidad adquiere una sustancialidad diferente del sustrato que postulaban gran parte de los pensadores modernos. A diferencia de Taylor, Ricoeur ofrece un análisis más específico de

esta problemática, otorgando un lugar central a la narración no sólo dentro del espacio moral sino también como forma de permanencia de los aspectos cambiantes del yo.

En el quinto y sexto estudio de *Sí mismo como otro* (1996), se ve la importancia que le otorga al problema moral, el cual se constituye tanto como punto de partida como de llegada de la indagación acerca de la identidad personal.

El autor asevera que el problema de la identidad personal se ha tornado el escenario en el cual se enfrentan los dos usos más importantes de esta noción a lo largo de la historia:

“... por un lado, la identidad como *mismidad* (latín: *idem*; inglés: *sameness*; alemán: *Gleichheit*); por otro, la identidad como ipseidad (latín: *ipse*; inglés: *selfhood*; alemán: *Selbstheit*)”. (1996, p. 109)

Y señala que es debido al equívoco producido por confundir mismidad e ipseidad que las teorías que han querido clarificar la noción de identidad personal han fracasado en sus intentos<sup>21</sup>. Sumado a la falta de reconocimiento de esta distinción crucial, otro problema es que se ignoran las implicancias temporales que esta distinción tiene en relación con la cuestión de la permanencia de la identidad a lo largo del tiempo.

En el quinto estudio, “La identidad personal y la identidad narrativa”, Ricoeur lleva su análisis a la dimensión temporal del sujeto afirmando que una teoría acerca de la identidad personal sólo puede articularse en la dimensión temporal de la existencia humana. A primera vista parecería que la cuestión de la permanencia se relaciona exclusivamente con la identidad como mismidad, así es como la han entendido los grandes pensadores y sólo han dirigido su atención a este aspecto

---

<sup>21</sup> De modo esquemático se puede sostener que se entiende por *mismidad* la idea que apela a la unicidad del ser, mientras que el concepto de *ipseidad* hace referencia a la condición que adquiere la persona por el hecho mismo de devenir.

particular. La mismidad es un concepto relacional que incluye la identidad numérica. Identidad, de acuerdo con esta perspectiva, es equivalente a unicidad. Pero este enfoque también incluye la identidad cualitativa, la semejanza entendida en un sentido extremo, las cualidades del individuo que reconocemos como el mismo. Y para que la conexión entre estos dos aspectos de la identidad pueda establecerse, se apela entonces a un tercer componente de esta noción de identidad: la continuidad ininterrumpida a lo largo del tiempo. La consideración de estos tres componentes se ha pensado como suficiente para que podamos reconocer a un individuo como siendo el mismo en diferentes etapas de su desarrollo desde su nacimiento hasta su vejez y muerte.

Esta continuidad, como ya hemos visto en los análisis de otros autores<sup>22</sup> pretende justificar ciertos cambios débiles que, si se los considera por separado, parecen amenazar la semejanza, pero que dentro de un continuo parecen no ser lo suficientemente fuertes como para destruirla. Ricoeur va a desafiar esta perspectiva presentando una propuesta que se corresponde con el reconocimiento de dos modelos de permanencia en el tiempo diferentes a los analizados: el *carácter* y la *palabra dada*<sup>23</sup>.

Con el término “carácter”, el autor designa el conjunto de signos distintivos que nos permiten identificar a un individuo humano como siendo el mismo. Este modelo que designa la mismidad de la persona incluye tanto la identidad numérica como la cualitativa. También implica la continuidad ininterrumpida y la permanencia en el tiempo. El carácter es en los individuos el modo de existir que marca la apertura al mundo y a los valores y designa al conjunto de disposiciones duraderas que nos permiten, además, reconocer a una persona.

---

<sup>22</sup> Ver capítulo 3, apartado 3.2.

<sup>23</sup> A partir de esta clasificación va a mostrar la irreductibilidad de las dos problemáticas, la cual sólo puede ser salvada a partir de la consideración de la identidad personal desde una perspectiva narrativa.

El otro modelo de permanencia en el tiempo, el de la palabra dada, revela un aspecto de la identidad diametralmente opuesto al del carácter. La palabra dada y mantenida expresa un *mantenerse a sí* que se diferencia del mantener el carácter:

“A este respecto, el cumplimiento de la promesa ... parece constituir un desafío al tiempo, una negación del cambio: aunque cambie mi deseo, aunque yo cambie de opinión, de inclinación, «me mantendré»”.  
(Ricoeur 1996, p. 119)

Esta justificación de la palabra dada sostenida por la ética conlleva implicancias temporales que se revelan diametralmente opuestas a las del carácter. Y es en este punto particular, señala Ricoeur, que las nociones de ipseidad y mismidad se ven claramente diferenciadas, disolviendo la equivocidad de la noción de permanencia en el tiempo presentada por los teóricos de la identidad personal. Es este intervalo de sentido, que parece abrirse entre la oposición del carácter a la palabra dada, el que va ser llenado por la noción de identidad desde una perspectiva narrativa.

En este enfoque narrativo, la identidad personal presenta la ventaja, por sobre los intentos anteriores de explicitar esta noción, de reconocer las diferencias entre ipseidad y mismidad, lo cual le permite escapar de ciertas paradojas que alcanzan a las propuestas anteriores<sup>24</sup>.

Es justamente de esta falta de reconocimiento de las verdaderas implicancias de esta distinción de donde proviene la conclusión parfitiana de que el problema de la identidad está vaciado de sentido. El interés de Ricoeur está puesto en enfrentar este aspecto de la propuesta formulada por Parfit en *Razones y personas*<sup>25</sup>, de acuerdo con el cual la identidad no significa nada más que mismidad.

---

<sup>24</sup> Ver capítulo 2, apartado 2.3.

<sup>25</sup> Ver capítulo 3, apartado 3.2.

Parfit, señala Ricoeur, se enfrenta con ciertas creencias subyacentes al uso que se ha dado a los diferentes criterios de identidad y dirige sus intentos a mostrar los errores detrás de estas aserciones, que pueden agruparse en tres series de afirmaciones: (1) las que se relacionan con lo que debemos entender por identidad, es decir, la posibilidad de existencia de un núcleo de permanencia; (2) la convicción de que puede ofrecerse una respuesta determinada sobre este problema; y (3) las que defienden la importancia de la noción de identidad personal en relación con la ética.

Sin embargo, señala Ricoeur, en su análisis Parfit ignora la dicotomía entre ipseidad y mismidad y las confunde con un dualismo del tipo cartesiano:

“... la verdadera diferencia entre tesis no-reduccionista y tesis reduccionista no coincide, en absoluto, con el supuesto dualismo entre sustancia espiritual y sustancia corporal, sino que se da entre pertenencia mía y descripción impersonal”. (Ricoeur 1996, página 129)

En el sexto estudio de la misma obra, “El sí y la identidad narrativa”, Ricoeur ofrece sus respuestas a los desafíos planteados por la propuesta parfitiana y propone comprender la identidad desde una perspectiva narrativa. Al igual que en el estudio anterior, señala que la verdadera naturaleza de la identidad narrativa se revela en el intersticio que existe entre la ipseidad y la mismidad e intenta mostrar que el modelo de conexión entre acontecimientos constituidos por la construcción de la trama permite integrar en la permanencia en el tiempo la diversidad, la variabilidad y la discontinuidad.

La identidad entendida narrativamente, señala Ricoeur, puede ser llamada también identidad del personaje y se construye en la unión con la de la trama. Personaje, para Ricoeur, es quien lleva a cabo la acción en el relato y por lo tanto, se trata también de una categoría narrativa y posee la misma estructura narrativa que la trama.

La identidad en el plano de la construcción de la trama es la concurrencia entre la exigencia de concordancia y el reconocimiento y admisión de discordancias dentro de la misma. Y esta combinación, como Ricoeur señaló previamente en *Tiempo y Narración* (2004), pone en peligro la identidad misma hasta el momento de cierre del relato. Esta concordancia discordante, como la nombra, es característica de toda composición narrativa y apela a la noción de síntesis de lo heterogéneo. A partir de ella se pueden explicar las diversas mediaciones entre la diversidad de acontecimientos y la unidad temporal de la historia narrada, y entre los componentes de la acción: causas, efectos, casualidades y el encadenamiento de la historia. La perspectiva narrativa de la identidad personal es definida por su relación con esta operación configurante y participa de la estructura inestable de concordancia discordante:

“De esta simple evocación de la noción de construcción de la trama, y antes de cualquier consideración de la dialéctica del personaje que es su corolario, se deduce que la operación narrativa implica un concepto totalmente original de identidad dinámica, que compagina las categorías que Locke consideraba contrarias entre sí: la identidad y la diversidad”. (1996, p. 141)

El paso hacia la concepción narrativa de la identidad personal se dará entonces en las consideraciones de las acciones de los personajes. La comprensión de la identidad del personaje se dará a partir de trasladar a él la operación de la construcción de la trama. El personaje, entonces, obtiene su singularidad de la unidad de su vida considerada como la totalidad temporal singular que lo distingue de cualquier otro.

La persona, entendida entonces como personaje de un relato, no es una identidad diferente de sus experiencias, sino que comparte la identidad dinámica propia de la narración que la configura y de la cual forma parte. Es la narración lo

que construye la identidad narrativa del personaje al mismo tiempo que construye la de la historia narrada.

Ricoeur afirma que la teoría narrativa ocupa un lugar a modo de bisagra entre la teoría de la acción y la teoría ética, permitiendo establecer premios o castigos a los agentes en función de las acciones que lleven a cabo. Reconoce cierto tipo de unidades compuestas a las que denomina *prácticas* (las correspondientes a la forma verbal practicar: practicar la medicina, un deporte, etc.). Éstas son las acciones que implican finalidad y causalidad, intencionalidad y conexiones sistemáticas en función de una unidad de configuración como un juego, un oficio, etcétera. La unidad de configuración constitutiva de la práctica descansa en una relación particular de sentido que es expresada por la noción de regla constitutiva. Un ejemplo de ello puede ser tomado de la teoría de los juegos:

“Mover un peón en un tablero de ajedrez no es, en sí, más que un gesto; pero considerado en la práctica del juego de ajedrez, este gesto reviste la significación de una jugada en una partida de juego”. (1996, p. 155)

Estas reglas constitutivas se relacionan con las reglas morales en la medida en que rigen las conductas capaces de revestir cierta significación. Además, la introducción de esta categoría permite introducir el carácter de interacción que se vincula a la mayoría de las prácticas humanas. Ricoeur declara que la misma relación entre praxis y relato se repite en grados más altos de organización. Esta clase de unidades prácticas, las cuales llamaré “planes de vida”, incluyen planes que realizamos en relación con nuestra vida familiar, profesional, académica, etcétera. Estas unidades están configuradas a partir de los ideales, más o menos importantes, que guían nuestras acciones con el fin de determinar las elecciones correctas de cierto plan de vida en el plano de las prácticas.

Por encima de las prácticas y los planes de vida se encuentra la noción de unidad narrativa de vida. Este es el último grado en la escala de la praxis. La idea

de la concepción de la vida en forma de relato está dirigida a conformarse como punto de apoyo de una teoría ética.

¿Cuáles son las implicaciones que tiene para la ética una comprensión narrativa de la identidad personal? Para responder a esta pregunta Ricoeur retoma la distinción entre ipseidad y mismidad:

“... hemos admitido que la identidad-ipseidad cubría un espectro de significaciones desde un polo extremo en el que encubre la identidad del mismo hasta el otro polo extremo en el que se disocia de ella totalmente. Nos ha parecido que este primer polo está simbolizado por el fenómeno del carácter, por el que la persona se hace identificable y reidentificable. El segundo polo nos ha parecido representado por la noción, esencialmente ética, del mantenimiento del sí. El mantenimiento de sí es, para la persona, la manera de comportarse de modo que otro puede *contar* con ella. Porque alguien *cuenta conmigo*, soy responsable de mis acciones ante otro”. (1996, p. 168)

Esta noción de responsabilidad, indica Ricoeur, reúne en sí dos significaciones: la de *contar con* y la de *ser responsable de* y les añade la idea de mantenimiento de sí. Al oponer el mantenimiento de sí al carácter, lo que intenta el autor es delimitar la dimensión ética de la ipseidad independientemente de la perpetuación del carácter. La identidad narrativa se mantiene, entonces, entre estos dos extremos.





**CAPÍTULO 4**

**LA IDENTIDAD PERSONAL COMO  
CRITERIO DE DECISIÓN MORAL**



#### 4. LA IDENTIDAD PERSONAL COMO CRITERIO DE DECISIÓN MORAL

La noción de identidad personal no ha sido concebida del mismo modo a lo largo de la historia (y aún hoy en día no es entendida unívocamente). Se trata de una mirada occidental que nace junto con la idea de sujeto moderno<sup>26</sup>. Sin embargo, por evidente que esto parezca, es una concepción difícil de separar de nuestras intuiciones, en gran parte porque rige nuestro sentido del yo y parece encontrarse en la base de nuestras justificaciones morales. Esta relación entre identidad y moralidad cuenta con una gran fuerza intuitiva: la mayoría de los filósofos que han trabajado sobre este tema concedieron que existe una estrecha relación entre la identidad personal y la responsabilidad moral<sup>27</sup>, o el cuidado hacia los otros o hacia nosotros mismos (Glannon, 1998). La idea central que rige esta perspectiva es que una persona es sólo moralmente responsable de sus propias acciones. Si estas apreciaciones son correctas, entonces la identidad personal debe considerarse condición necesaria para la atribución de responsabilidad moral.

La noción de identidad moderna revela en su construcción una unión estrecha con las ideas de lo que es bueno, malo, correcto o incorrecto. En su marco, la esfera de la individualidad y el universo de la moralidad se encuentran inextricablemente interrelacionados. Subyacente a los enunciados a los que apelamos para referirnos a cuestiones morales, se halla una concepción moderna de la identidad personal que, con transfiguraciones varias, se presenta en casi todas las teorías éticas hasta nuestros días. Dicha concepción sienta las bases de las obligaciones morales que reconocemos y, a su vez, presenta una característica notable: en palabras de Taylor: "...gran parte de la filosofía

---

<sup>26</sup> Ver capítulo 2, apartado 2.1.

<sup>27</sup> Entendemos por "responsabilidad moral" la calificación que recibe una persona por sus acciones en relación con el valor moral de las mismas. Pueden ser calificaciones morales, como la responsabilidad o la culpa, o respuestas prácticas tales como la premiación o el castigo.

contemporánea ha omitido esa dimensión de nuestras creencias y conciencia morales” (1996, página 20).

A lo largo de las últimas décadas del siglo pasado se suscitó un fuerte interés en el campo de la filosofía en relación con la relevancia de la identidad personal tanto en temas relacionados con la ética normativa como con la esfera de la práctica. Algunas de estas perspectivas resultaron complementarias, mientras que otras resultaron absolutamente incompatibles entre sí. Este profuso diálogo, poco habitual en la comunidad filosófica, abrió las puertas para que la problemática en torno del criterio de identidad personal y su relación con la ética se reintrodujera en los debates académicos.

El reconocimiento de nuestras identidades parecería, de acuerdo con estas perspectivas, inseparable del universo de las cuestiones morales. Cuestiones a partir de las cuales guiamos nuestras acciones y pretendemos castigo o rectificación de aquellas que no se corresponden con nuestras ideas de lo que está bien y de lo que está mal. Es esta la relación que se encuentra detrás de nuestras consideraciones en torno de la justicia hacia los otros y hacia uno mismo, la dignidad, el bienestar, el respeto por la vida y todo lo concerniente a nuestras vidas morales.

Las diferentes nociones de identidad subyacen a nuestros razonamientos morales, los cuales incluyen creencias en torno de la identidad de los sujetos sobre los cuales versan. Esta es la razón que nos permite atribuir predicados a los seres humanos que nos habilitan, por ejemplo, a considerar a una persona moralmente responsable por las acciones que realizó en un tiempo pasado. Pero no sólo hacia atrás en el tiempo se extienden los alcances de esta relación, sino que también parecen permitir explicar nuestras preocupaciones sobre lo que nos sucederá en el futuro (Haugen, 1995). El principio en juego en este punto es que, si uno es responsable de sus acciones, para que dicha responsabilidad pueda

trasladarse a eventos pasados y futuros, debemos conceder que en todo momento se trata de una y la misma persona.

Sobre estas y otras cuestiones normativas podemos observar que cualquier respuesta que intentemos ofrecer nos confrontará necesariamente con una referencia obligada al problema de la identidad personal. Las consideraciones en torno de la moralidad, presentan de modo subyacente afirmaciones ontológicas acerca de la identidad de los seres humanos y el criterio defendido modificará nuestra percepción sobre cuestiones morales. De acuerdo con David W. Shoemaker, se pueden identificar cuatro suposiciones sobre las cuales se basa esta relación entre identidad personal y ética<sup>28</sup>:

“(1) Las prácticas y las preocupaciones relacionadas en las preguntas [que surgen en torno de este tema] poseen una base racional; (2) esta base se deriva de, o hace referencia esencialmente a, un tipo de enfoque metafísico de la identidad personal; (3) el enfoque metafísico relevante consiste en un criterio de re-identificación, esto quiere decir que responde a la pregunta ‘¿Qué hace que X en un t2 sea idéntico/a a Y en un t1?’; y (4) dadas las suposiciones (1)-(3), el que resulte ser el enfoque correcto de la identidad personal nos permitirá resolver los problemas en torno de nuestras prácticas y preocupaciones”. (2007, p. 3)

La identidad personal no sólo se relaciona éticamente con las cuestiones que nos preocupan a nosotros, el interés en el cuidado de los otros también depende de esta noción. El criterio de identidad defendido parece relevante a la hora de definir los fundamentos de la responsabilidad moral, dado que es inherente a todo análisis sobre las relaciones morales entre las personas e

---

<sup>28</sup> En su trabajo, Shoemaker discutirá estos cuatro puntos y propondrá un enfoque alternativo para establecer la relación entre identidad personal y ética.

inclusive aquellas hacia los seres vivos, como los animales, a los que no se les adscribe personalidad y, sin embargo, son objeto de cierto tipo de trato moral.

Esta relación entre las nociones, implícitas o explícitas, de identidad personal y ética puede verse con claridad incluso si realizamos el análisis inverso. A menudo, al confrontarnos con la pregunta *¿quién soy yo?* apelamos a respuestas que ofrecen definiciones acerca de nuestra persona en términos de nuestras identificaciones morales, las cuales determinan en diferentes casos lo que creemos bueno, correcto o valioso. La identidad de las personas, de un modo intuitivo o pre-filosófico, parece establecerse para ellos en relación con ciertos compromisos morales, sin los cuales no nos reconoceríamos como quienes somos.

Esta relación entre identidad personal y ética nos orienta cuando nos confrontamos con un sinnúmero de cuestiones prácticas relacionadas con la toma de decisiones en diferentes esferas y, como veremos, este enfoque será predominante en los análisis de las diferentes propuestas en torno de las directivas anticipadas que realizaremos en este trabajo. Sin embargo, a modo de introducción comenzaremos por presentar un breve esquema de ciertas discusiones en torno de esta relación, con el fin de brindar un marco apropiado al análisis de la cuestión particular de la identidad personal en relación con la validez de las directivas anticipadas.

#### **4.1. La identidad personal y su relación con la ética**

Como mencionamos, la relación entre identidad personal y ética normativa parece establecerse en función de la apelación a consideraciones en torno de la responsabilidad moral. Debemos saber si el sujeto sobre el que recaerá el premio o el castigo es el agente responsable de haber llevado adelante la acción que

estamos juzgando. Sin embargo, se debe determinar qué implicancias de esta relación son las importantes para la ética (Doepke, 1990).

Sin embargo, resta aun responder la siguiente pregunta: *¿qué hace que una acción sea adscripta a una persona determinada, en términos de responsabilidad?* La respuesta ofrecida por la mayoría de los teóricos, apela a algún criterio de identidad personal. Las apreciaciones sobre la naturaleza de las personas parecen subyacer a la elección de los principios o reglas morales. El problema es que la relación entre estas teorías metafísicas acerca del yo y la atribución de agencia moral, no parece ser decisiva.

Uno de los motivos es que un criterio particular de identidad personal, aunque influye en la construcción de una teoría ética, no siempre permite dar cuenta de la totalidad de las problemáticas que caen en el espectro de dicha postura. La relación entre identidad y ética es una relación compleja de dependencia, aunque la segunda involucra en su análisis aspectos sobre los cuales la primera no puede arrojar luz.

Se mostró en los capítulos anteriores que, en la construcción de un criterio de identidad personal, las cuestiones relacionadas con la moral parecen inherentes a dichas propuestas. Sin embargo, existen casos en los cuales esta relación no queda tan clara. En primer lugar, los casos hipotéticos sobre los cuales se construyen algunas de estas propuestas no tienen aplicación alguna en la vida real como, por ejemplo, los experimentos mentales de intercambio de cuerpo/cerebro presentados por Parfit<sup>29</sup>. En segundo lugar, diferentes teorías ofrecen exactamente la misma respuesta frente a situaciones reales, lo cual nos permitiría identificar si acaso la justificación moral de una acción se debe o no a que estamos adoptando el criterio de identidad personal correcto. Finalmente, se puede señalar también que sea cual fuere el criterio de identidad personal defendido, en ciertos casos su apelación a la hora de tomar decisiones éticas será

---

<sup>29</sup> Ver capítulo 3, apartado 3.2.



indispensable (por ejemplo, en cuestiones relacionadas con la toma de decisiones al comienzo o final de la vida) mientras que, en otros casos, no lo será (por ejemplo, en cuestiones relativas a la justicia distributiva).

Para evitar caer en estos problemas, se debe prestar atención a qué rasgos específicos de la identidad personal son los que deben ser considerados a la hora de trazar relaciones con la esfera de la ética. Es el criterio elegido el que parece permitir que se diriman cursos de acción a seguir frente a problemas en la toma de decisiones.

Si, por caso, se defendiera un criterio psicológico de identidad personal, la atención debería ser puesta sobre cuestiones asociadas con la continuidad y conexión de los estados mentales. De acuerdo con esta postura, *la responsabilidad moral de una persona se extendería hacia el pasado (o futuro) sólo si la acción que está siendo considerada fue (o será) realizada por una persona que presenta continuidad psicológica con la persona sobre quien recae esa responsabilidad en el presente*. Esta perspectiva si bien -como se ha visto- no es la única, es la más defendida en la actualidad.

Si, en cambio, privilegiáramos un criterio físico, lo que importaría -tanto para adscribir identidad como responsabilidad moral- sería la continuidad de los cuerpos. De acuerdo con esta postura, *la responsabilidad moral de una persona se extendería hacia el pasado (o futuro) sólo si la acción que está siendo considerada fue (o será) realizada por un ser humano que presenta continuidad física con el ser humano sobre quien recae esa responsabilidad en el presente*. Este criterio colisiona, en algunos casos, con nuestras creencias más profundas: la responsabilidad moral se suele relacionar con las intenciones que mueven las acciones y se adscribe a individuos que poseen la capacidad de diferenciar lo correcto de lo incorrecto. El criterio físico, por sí sólo, no permite dar cuenta de estos aspectos.

Si adhiriéramos a un criterio narrativo de la identidad personal, deberíamos conceder que *la responsabilidad moral de una persona se extendería hacia el pasado (o futuro) sólo si la acción que está siendo considerada forma (o formará) parte de la narrativa de vida de dicha persona*. Que una acción forme parte de la narrativa de vida de una persona implica que sea coherente con el resto de los aspectos de su vida, que sea el resultado de sus creencias, valores, deseos y experiencias.

No debe perderse de vista, además, que las diferentes variables de estos criterios modificarán, a su vez, las premisas iniciales sobre las que sustentarán los análisis: si el criterio de identidad elegido solamente requiere de la persistencia física de ciertas partes de nuestro cuerpo, entonces, en ese caso, la relación entre identidad personal y la ética será una relación independiente. Las justificaciones morales, en ese caso, deberían establecerse sobre otras bases y el criterio de identidad no podría brindar ayuda a la hora de resolver problemas de aplicación de las reglas o principios.

Si se combina el criterio físico con un criterio psicológico y se establece que para la adscripción de identidad personal se requiere de la persistencia de un grado mínimo de conciencia, entonces la aplicación de este criterio a la toma de decisiones en ética se limitaría a un número menor de casos.

Si se apela al criterio de identidad que se sostiene en un tipo más profundo de conectividad psicológica, entonces ciertos rasgos de las personas, como sus creencias, deseos o intereses, entrarían en juego en función de esta continuidad y la relación entre este criterio de identidad personal y la ética sería más estrecho que en los casos anteriores. El caso en el cual esta relación se manifiesta de manera más clara es aquel en el que se apela a un criterio de identidad personal basado en la continuidad psicológica sin tener en cuenta ninguna clase de gradación. Esta perspectiva permite adscribir identidad aún en casos en los cuales el individuo no recuerde eventos de su pasado, en función de que se ha

mantenido constante el flujo de la conciencia y, por lo tanto, se le puede adscribir responsabilidad ética de la misma manera.

Consideremos una serie de casos disímiles presentados por Shoemaker que ilustran esta problemática:

“Caso 1. Gretchen sufrió un terrible accidente con su motocicleta, que le causó daños tan severos que morirá en pocos días. Gran defensora del ateísmo y de la perspectiva de que “una vez que uno muere, no hay nada más”, Gretchen se pregunta ahora ... si le es posible sobrevivir a la muerte de su cuerpo ...

Caso 2. Carlos y Tanya discuten sobre la permisibilidad del aborto. Carlos afirma: ‘El aborto es incorrecto. Es incorrecto matarme ¿no es así? Bueno, el feto a partir del cual me desarrollé también era yo ... ’ ‘No estoy de acuerdo’, responde Tanya ‘... ese feto no eras vos, del mismo modo que una bellota no es un roble’ ...

Caso 3. A los 55 años a Meredith le diagnostican un Alzheimer incipiente ... redacta un documento de directivas anticipadas indicando que, una vez que sufra de demencia severa, no se recurra a medidas extraordinarias para mantenerla con vida ... Cuando Meredith sufre de demencia severa y contrae neumonía ... expresa su deseo de que la mantengan con vida. ¿Qué pedido debe ser respetado frente a esta situación ... ?

Caso 4. Howard y Annie son científicos que trabajan en técnicas de fertilidad. Annie perfecciona una técnica que le permitiría clonar un ser humano adulto ... A Howard lo horroriza esta idea, argumentando que la clonación es incorrecta ya que le quitaría al ser humano clonado la posibilidad de poseer una única identidad ...

Caso 5. ... Cuando tenía diez años, Phil fue el causante de que su hermana menor Jen cayera de un árbol y se quebrara un brazo. 'Aún te culpo por eso' dice Jen ... Phil le responde: 'fue hace treinta años, ya no soy como ese niño. No es justo continuar enojada conmigo por lo que hizo ese chiquillo estúpido de diez años' ...

Caso 6. Darren y Samantha tienen dos hijos pequeños, Brad y Albert. Brad es bonito y sus padres hacen que modele ropa para bebés y luego para niños ... gana un dinero que sus padres depositan en una cuenta especial. Albert ... es un niño genio. Darren decide que, cuando los niños crezcan, utilizará el dinero que Brad ganó como modelo para pagar las mejores escuelas para Albert ... Samantha no está de acuerdo ... cree que es una decisión injusta". (Shoemaker 2008, pp. 2-3)

Como se puede apreciar en esta variedad de casos, la noción de identidad personal se relaciona con numerosas y disímiles cuestiones en el campo de la ética. El primer caso ilustra cuestiones relacionadas con la posibilidad de que parte de nosotros, nuestro espíritu, sobreviva a la muerte de nuestros cuerpos. El segundo y cuarto caso hacen referencia a la relación entre la identidad personal y la ética práctica. El tercer caso (una mujer es diagnosticada con Alzheimer y redacta directivas anticipadas) presenta cuestiones que caen bajo el dominio de la ética práctica, pero se diferencia del segundo y cuarto caso en un aspecto crucial: se encuentra en juego determinar si la persona que manifestó el pedido de no aplicar medidas extraordinarias para mantenerla con vida es la misma persona sobre la cual esas directivas se aplicarán en el futuro<sup>30</sup>. El quinto caso pone de manifiesto la relación entre identidad personal y responsabilidad moral. Finalmente, el sexto se refiere a cuestiones de justicia e identidad.

---

<sup>30</sup> Las problemáticas relacionadas con esta cuestión son analizadas en profundidad en este trabajo a partir del apartado 4.3.

Si bien estos son sólo unos pocos ejemplos que ilustran la cuestión, parece existir un acuerdo generalizado en torno a la idea de que la identidad es por lo menos una condición necesaria para poder adscribir responsabilidad moral. El modo en que más a menudo se encuentra expresada esta idea es: somos sólo moralmente responsables de nuestras acciones o de los resultados que nuestras acciones generen.

Podría darse, sin embargo, el caso de que no sólo fuéramos responsables de nuestras acciones sino también de las acciones de los demás. Pensemos en la responsabilidad de los padres sobre las acciones de los hijos y de los cuidadores sobre las acciones de quienes se encuentran bajo su cuidado. También podemos pensar en la idea de complicidad con quien ha cometido un crimen: se puede adscribir responsabilidad moral a un cómplice, a pesar de que no haya sido quien llevó a cabo de modo directo una acción criminal. Estos ejemplos que parecen desafiar la afirmación inicial de que uno es responsable sólo de sus acciones, no constituyen sin embargo un problema para esta perspectiva: los padres, cuidadores y cómplices no son considerados responsables por lo que sus hijos, cuidados o compañeros de crimen realizaron, sino por haber elegido no actuar para evitar dichas acciones, acciones de las cuales son considerados responsables.

Como puede verse, la relación entre la identidad personal y la ética es compleja y de ninguna manera se encuentra resuelta. Generalmente se ha asumido que si hay una relación entre la identidad y los intereses prácticos, es una especie de relación unívoca, que va desde una sola teoría (correcta) de la identidad personal a todas las preocupaciones relacionadas con la práctica. Pero ¿podría darse el caso de que algunas de las preocupaciones prácticas posean una relación con un criterio o sentido de identidad, mientras que otras preocupaciones prácticas tienen una relación con un criterio diferente? No queda claro cuál podría ser la teoría correcta de la identidad personal e incluso el sentido correcto de identidad al que debemos adscribir. Es en virtud de este problema que

tampoco queda resuelta la pregunta acerca de cómo se establece la relación entre la identidad y la ética. También resta determinar si acaso se debe establecer la corrección de una teoría de la identidad antes de aplicarla a la ética, si debemos limitar nuestra teoría de la identidad a la luz de nuestras preocupaciones éticas, o si acaso debemos tratar de construir teorías de la identidad y nuestras preocupaciones éticas a la luz de otro enfoque. Aun concediendo el vínculo entre identidad y ética se debe resolver de qué tipo de relación se trata: ¿debe existir una relación de justificación o una relación explicativa? ¿se trata de sólo un tipo de relación?

La relación entre criterios de identidad personal y ética, se conforma entonces como una relación del tipo indeterminada. La idea que se tenga de la identidad personal puede llegar a brindar apoyo a un principio moral por sobre otro, pero este apoyo no resulta claro en la mayor parte de las veces en las cuales se trata de establecer una relación. Sin embargo y a pesar de ello, en la actualidad se producen profundos debates en torno del problema de la relación entre la identidad y la ética, y están teniendo lugar en el campo de la ética aplicada, específicamente en la ética médica y la bioética.

#### **4.2. La identidad personal y su relación con la bioética**

La bioética como disciplina académica es un fenómeno bastante reciente. El término parece haber sido acuñado en 1927 por Fritz Jahr, un filósofo y pastor protestante, en un artículo llamado “Bioética: una revisión de las relaciones éticas entre los seres humanos, los animales y las plantas” (1927). En 1970, el bioquímico estadounidense Van Rensselaer Potter retomó esta expresión en su escrito más famoso, “Bioethics: Bridge to the future” (1971)<sup>31</sup>, es considerado por

---

<sup>31</sup> Hay quienes señalan que en realidad el término también puede rastrearse en ciertas discusiones que André Hellegers mantuvo con la familia Kennedy antes de la década de 1970 y que dieron

muchos el texto fundante de la disciplina, pues plasma la necesidad de ofrecer un enfoque bioético de análisis de ciertas cuestiones surgidas de la creciente divergencia entre los ámbitos científicos y humanísticos:

“Hay dos culturas -ciencias y humanidades- que parecen incapaces de hablarse una a la otra y si ésta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente, podríamos fabricar "un puente hacia el futuro" construyendo la disciplina de la bioética como un puente entre dos culturas. Los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos. La humanidad necesita con urgencia una nueva sabiduría que proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y para la mejora de la calidad de vida (...) la ciencia de la supervivencia debe erigirse sobre la ciencia de la biología y aplicada más allá de los límites tradicionales, para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y las humanidades, con énfasis en la filosofía en sentido estricto, con su significado de amor a la sabiduría”. (1971, pp. 1-2)

La concepción que Potter presenta de la bioética es muy amplia y, salvo algunas excepciones, no ha sido la que ha tenido mayor repercusión hasta el presente. Por el contrario, la concepción biomédica de la bioética parece ser la que ha predominado. Sin embargo, cabe notar que desde sus inicios, e independientemente de la corriente de pensamiento que analicemos, la noción de persona se ha encontrado en el corazón mismo de esta disciplina.

Determinar quién es esa persona a la que se hace referencia ha sido una de las cuestiones más problemáticas con las que se ha enfrentado la bioética en el poco tiempo que lleva como disciplina autónoma. Las propuestas relacionadas con las éticas del cuidado, la atención de las personas con severas discapacidades o

---

lugar, tiempo después, a la fundación del Kennedy Institute of Ethics (Reich, 1995), sin embargo el acuerdo de la comunidad bioética parece conceder los orígenes que presentamos.

intelectualmente disminuidas y el reconocimiento de nuevos problemas que han ido surgiendo en torno de qué significa una muerte digna contribuyeron a resaltar la importancia de clarificación de esta noción (Doucet 2010, p. 123), así como la reflexión sobre cuestiones relativas a la moralidad del aborto, la investigación sobre embriones, los tratamientos de pacientes con trastorno de identidad disociativo o en estado vegetativo persistente, o el criterio de muerte (algunos de los temas más discutidos hoy en día).

A pesar de que los bioeticistas han tomado en consideración la importancia de establecer los alcances de esta noción y proveer un criterio adecuado para la identidad personal<sup>32</sup>, ninguno de sus esfuerzos ha logrado generar consenso hasta el día de hoy. Los motivos de este aparente fracaso parecen claros: es una cuestión demasiado compleja de resolver, tanto que los autores clásicos de la filosofía lo han intentado sin éxito. A esta cuestión debe sumarse, además, el problema de que en las discusiones en bioética la identidad personal se encuentra inextricablemente unida a cuestiones relativas a los valores morales, las cuales ya son complejas de por sí (DeGrazia, 2005). Muchos de los bioeticistas apelan a ciertos criterios de identidad personal de manera indirecta en sus análisis, especialmente en los relacionados con cuestiones éticas relacionadas con el comienzo y el fin de la vida (Macklin 1983, p. 36), contribuyendo aún sin proponérselo a oscurecer estas nociones. Esto no sucede, sin embargo, en todos los casos. La excepción, como veremos más adelante en este trabajo, son los análisis en torno de la validez de las directivas anticipadas<sup>33</sup>.

Las discusiones en torno del problema de la identidad formuladas en el contexto de la bioética constituyen un problema complejo. El análisis de problemas morales dificulta muchas veces los debates sobre la definición de la persona. Esto se debe a que algunas posturas morales son ajenas al problema de la identidad

---

<sup>32</sup> Ver capítulo 5.

<sup>33</sup> Ver capítulo 5.



personal y se piensan como independientes de la postulación de criterios de persona (Baker Lynne, 2005): en casos en los que se trabaja sobre temas delicados como la permisibilidad del aborto o de la eutanasia, se suelen ignorar o abandonar estos los criterios ya que dificultan la toma de decisiones.

Como se verá en los apartados siguientes, cuando los bioeticistas intentan ofrecer una definición de la identidad personal, a menudo lo hacen en relación con el esclarecimiento de una problemática particular -la validez de las directivas anticipadas, en el caso que presentaremos- y resultan difíciles de aplicar a otras problemáticas. Los esfuerzos para definir el criterio adecuado de identidad personal, en la vasta mayoría de las discusiones en bioética, han sido prescriptivos más que descriptivos (Macklin 1983, p. 40). Un problema adicional que puede señalarse es que no todos los autores que ofrecen un criterio de identidad personal se vuelcan a los escritos filosóficos que los preceden, obscureciendo aun más la cuestión. Y quienes sí hacen referencia a estas propuestas, clásicas o contemporáneas, traen a colación sólo la que se adecua más a sus intereses y omiten -deliberadamente o no- los profundos y complejos debates en este campo de análisis.

### **4.3. Identidad y directivas anticipadas**

La mayoría de los individuos rara vez se plantea interrogantes en torno a cuestiones relacionadas con la identidad personal. Si acaso piensan en eso, lo hacen a partir de nociones pre-teóricas usualmente relacionadas con la persistencia de sus yoos a través del tiempo: no importa cuántos cambios se hayan producido en su vida, tienden a considerarlas como una y la misma. Y, debe darse por descontado, que la mayoría de ellos se sienten seguros de haber sido los mismos durante todo el tiempo en que han vivido.

Sin embargo, por más funcional que estas consideraciones, cuando entran en juego con cuestiones relacionadas con la toma de decisiones morales acerca de la vida y la muerte, se vuelve menester clarificar los conceptos sobre los cuales se basan (Gligorov; Vitrano, 2011). El problema en torno de la identidad personal en relación con las directivas anticipadas permite expresar la preocupación en torno de los casos en los que, debido a cierta clase de interrupción o cambio profundo en la identidad de una persona, las directivas anticipadas parecerían perder su fuerza o, aún peor, sólo poder ser aplicadas a una persona diferente. Esta parece ser una de las objeciones más fuertes que se pueden dirigir a estos documentos de toma de decisiones anticipadas: ¿podemos adscribir personalidad a los sujetos que ya no poseen un sentido de yo para ellos mismos? ¿cuán deteriorado puede estar ese sentido de yo para que podamos seguir hablando de la misma persona? ¿podemos, en casos de cambios radicales de personalidad, afirmar que ahora se trata de otra persona?

En particular, a lo largo de estas páginas y en concordancia con los debates a analizar, vamos a enfocarnos en el problema de la validez de las directivas anticipadas formuladas por pacientes que se enfrentan a diagnósticos de condiciones neurodegenerativas progresivas.

Debido al aumento en la expectativa de vida en los países desarrollados, muchos individuos temen terminar sus días engrosando el porcentaje de quienes sufren de demencia como consecuencia de enfermedades como las que mencionamos. La enfermedad de Alzheimer, la más temida de todas ellas, se encuentra rodeada de un halo de oscuridad y es comprendida como una enfermedad atemorizante que acaba con la identidad de las personas.

Una vez que se ha caído presa de dicha condición, el temor se deposita en que, como resultado de los crecientes avances tecnológicos en salud, sean mantenidos con vida de manera prolongada e innecesaria, con una calidad de vida que, *a priori*, consideran indigna. Los preocupa, también, que estas decisiones

médicas traigan aparejados costos económicos o emocionales que recaerían sobre sus seres queridos. Al no estar dispuestos a conceder que eso suceda, toman la decisión de redactar documentos de directivas anticipadas con el fin de especificar el rumbo que quieren que tomen sus tratamientos médicos futuros.

Cuando la personalidad de un individuo cambia de manera radical, como consecuencia de una enfermedad, accidente o intervención médica, cabe formular la siguiente pregunta: ¿nos encontramos frente a la misma persona que supimos conocer. En otras palabras ¿cuántos cambios deben producirse en una persona hasta el punto en que consideremos que ya no es la misma? Y, aplicada a la esfera de la toma de decisiones, ¿deberíamos tratar a este individuo de la misma manera en que tratábamos a la persona que conocimos entonces? El criterio de identidad personal que se adopta podría determinar la clase de respuesta que se ofrece a estos interrogantes (Emanuel; Emanuel, 1990).

**CAPÍTULO 5**

**EL DEBATE CONTEMPORÁNEO  
SOBRE LA VALIDEZ DE LAS  
DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN  
RELACIÓN CON LA IDENTIDAD  
PERSONAL**



## **5. EL DEBATE CONTEMPORÁNEO SOBRE LA VALIDEZ DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS EN RELACIÓN CON LA IDENTIDAD PERSONAL**

La noción de identidad personal fue el centro de las discusiones bioéticas de las últimas décadas, especialmente en cuestiones relativas a la determinación del comienzo y el fin de la vida humana y a la diferencia moral entre los seres humanos y el resto de los seres vivos.

A pesar de que el reconocimiento de la identidad personal se ha basado tradicionalmente en consideraciones metafísicas y ontológicas acerca de la propiedad o grupo de propiedades psicológicas y cognitivas que hacen que podamos considerar persona a un individuo, hoy en día el énfasis en relación con esta problemática se halla depositado en la moralidad de nuestras acciones. Desde una perspectiva moral, entonces, una persona es sujeto de derecho moral y merecedor de protección moral.

Las implicancias de adjudicar a un individuo el estatus moral de persona en relación con la toma de decisiones bioéticas en salud es un tema poco explorado y aún suscita discusiones entre quienes lo examinan. El derecho moral parece presuponer la agencia moral, la cual depende a su vez del criterio de identidad personal sostenido a partir de una existencia física o psicológica. Las diferencias en la presentación de cualquiera de estas aristas de la identidad personal resultarán en consecuencias disímiles -y a veces contrarias- en el proceso de toma de decisiones éticas, llegando incluso al cuestionamiento acerca del valor mismo de esta noción.

El respeto por la autonomía de las personas y sus decisiones goza de un fuerte apoyo en la comunidad bioética (Beauchamp; Childress, 1979). Esta autonomía, sin embargo, está sujeta a la condición de que quien toma las decisiones sea una persona competente a la hora de indicar su acuerdo o desacuerdo con los diferentes tratamientos a los que debe someterse. Es claro

que los procesos que se desenvuelven a lo largo de la relación clínica son tan complejos como dinámicos. Y si bien gran parte de los actores involucrados, al encontrarse en el lugar de pacientes, desean ser informados sobre su condición y el posible desarrollo de su enfermedad, también existe otro grupo que prefiere no participar de la toma de decisiones, dificultando la tarea de determinar sus preferencias (Martínez, 2007).

Llegado el caso de que se deba tomar una decisión sobre la salud de una persona y esta no pueda hacerlo de manera autónoma, por el motivo que sea, se puede recurrir a dos opciones posibles: designar un decisor subrogado o, en caso de que existan, apelar a las directivas anticipadas que dicha persona redactó.

Existe consenso en que la participación de los pacientes en las decisiones relacionadas con su salud permite obtener mejores resultados en los tratamientos, reduciendo los problemas que surgen de fallas en la comunicación con los profesionales que los atienden, del desconocimiento sobre las consecuencias de sus tratamientos, de las expectativas erróneas que se pueden tener sobre los tratamientos, etc. Evita también que los profesionales persigan metas que no son las deseadas por los pacientes y que los pacientes esperen resultados que los profesionales no pueden proporcionarles.

Muchas personas, anticipando la futura pérdida de sus capacidades para tomar decisiones autónomas e informadas sobre su salud han dejado instrucciones para guiar las decisiones médicas en el futuro. Estas instrucciones se conocen bajo el nombre de directivas anticipadas. En su forma clásica, son documentos formulados para designar quién será encargado de tomar dichas decisiones, pero también pueden detallar qué camino debe seguir el profesional en los tratamientos futuros que pueda llegar a recibir el enfermo ya no capaz de manifestar su voluntad. Estas directivas constituyen una forma de consentimiento previo o ejercicio de la autonomía de forma prospectiva y poseen gran relevancia

por causa del aumento de la expectativa de vida y el consiguiente envejecimiento de la población.

No es extraño que, guiados por el imperativo tecnológico, algunos profesionales de la salud realizan todo esfuerzo posible para mantener con vida a pacientes que se encuentran atravesando las últimas etapas de su vida. Estos profesionales aplican todos los tratamientos que tienen a su alcance para mantener con vida a la persona. Muchas veces, estas acciones van en contra de los intereses o deseos del paciente, convirtiéndose en acciones que pueden ser calificadas como de obstinación terapéutica. Con el fin de evitar este tipo de situaciones en el futuro, las personas dejan directivas que estipulan la limitación del esfuerzo terapéutico.

Louis Kutner<sup>34</sup>, un abogado estadounidense, fue el creador del primer documento de directivas anticipadas. También conocido con el nombre de “testamento vital” o “documento de instrucciones previas” (*living will* en su idioma original), fue redactado por primera vez en el año 1967, por pedido de la *Euthanasia Society of America* (Simon Lorda, 1995).

Kutner propuso estos documentos como una herramienta de resolución de los conflictos surgidos al final de la vida entre las preferencias de los pacientes y de los médicos en la aplicación o suspensión de tratamientos. Estos documentos son redactados por los pacientes con el fin de determinar, en caso de incapacidad de tomar decisiones debido a enfermedad o edad avanzada, qué tratamientos se desea, en qué medida se los desea y cuáles se rechaza. Para los pacientes, estas herramientas permiten expresar los deseos acerca de los tratamientos futuros frente a una situación terminar o de permanente falta de competencia. Para los profesionales de la salud, ofrecen un reaseguro en su acción en concordancia con el pedido de los pacientes (Sabatino 2012, p. 213).

---

<sup>34</sup> Louis Kutner (Chicago 1908 - 1993), fue reconocido como uno de los mayores activistas en favor de los derechos humanos y uno de los fundadores de Amnistía Internacional. Fue también escritor, poeta, novelista y dramaturgo.



Sin embargo, su propuesta no cobró importancia real hasta un par de décadas después cuando, a raíz de una serie de casos que tuvieron amplia repercusión pública, las directivas comenzaron a gozar de una gran difusión.

En 1987, un caso sacudió al público estadounidense y al resto del mundo. Se trataba del pedido de dos padres para que se retirara la alimentación a su hija con el fin de que se le permitiera morir (Annas, 1990). La joven se llamaba Nancy Cruzan. Cuatro años antes, cuando sólo tenía veinticuatro años de edad, Nancy perdió el control de su auto mientras circulaba por una ruta cubierta de hielo y fue expulsada del vehículo en el que viajaba. Los paramédicos que la atendieron en el lugar del accidente, a pesar de que había pasado demasiado tiempo sin atención, lograron reanimarla y estabilizarla. Unas semanas después de permanecer internada en el hospital, inconsciente, fue diagnosticada con un estado vegetativo persistente causado por la privación prolongada de oxígeno que sufrió su cerebro tras el accidente. Si bien su respiración era espontánea, no era capaz de deglutir, por lo cual se le colocó un tubo de alimentación.

Luego de cuatro años sin presentar ninguna clase de mejora en su salud y con su cuerpo deteriorándose día tras día por causa de la postración a la que la obligaba su estado, los padres de Nancy Cruzan solicitaron que su tubo de alimentación fuese removido (Pence, 2004). Esta petición fue rechazada por los profesionales a cargo de la atención de la joven y por los directivos del hospital en que se encontraba internada. Frente a esta negativa, sus padres elevaron su pedido a la justicia hasta llegar a la Corte Suprema en el año 1990. Finalmente, se autorizó la suspensión de tratamiento. Ésta fue la primera vez que la Corte Suprema reconoció que la Constitución de los Estados Unidos otorga a los ciudadanos la libertad de prescindir del tratamiento médico no deseado y que la defensa de la vida por parte del Estado no debe imponerse por sobre las libertades personales (Fine, 2005).

En medio de esta batalla legal, se señaló reiteradamente que este pedido podría haber sido concedido con mayor celeridad si hubiera existido evidencia de que Nancy hubiera manifestado previo al accidente, su rechazo a este tipo de tratamiento de soporte vital. Tanto sus padres como varios amigos de la joven se presentaron en la Corte para testificar acerca de sus deseos expresados en conversaciones mantenidas antes del accidente. Este punto fue crucial para lograr el apoyo de la Corte.

Los documentos de directivas anticipadas adquirieron un nuevo valor tras la aprobación de la Ley de Autodeterminación del Paciente (*Patient Self-Determination Act*<sup>35</sup>) a raíz de este caso paradigmático. Desde entonces, la promoción y redacción de directivas anticipadas en los Estados Unidos y, lentamente, en el resto del mundo fue creciendo con los años.

La adhesión a estas directivas se sostuvo de la creencia de que las mismas lograrían proteger las elecciones autónomas de los pacientes y funcionarían para prevenir el encarnizamiento terapéutico. Por este motivo, inicialmente, esta resolución fue apoyada por casi todos los bioeticistas, los médicos y los pacientes (Simon Lorda, 1995). Sin embargo, no todos estuvieron de acuerdo con las supuestas bondades de las directivas anticipadas. La validez de estos documentos es una cuestión que genera numerosas controversias éticas. También se hicieron escuchar algunas voces críticas que señalaron la dificultad de la correcta implementación de las mismas y señalando que para que se evitaran los abusos, eran necesarios cambios profundos tanto en las políticas sanitarias como en la educación de los pacientes y de la sociedad.

Como ya mencionamos, el principio moral que subyace a este tipo de documentos es el principio de respeto a la autonomía. Apoyándonos en este

---

<sup>35</sup> La Ley de Autodeterminación del Paciente (Patient Self-Determination Act (PSDA)) fue aprobada por el Congreso de los EEUU en el año 1990. Por medio de esta ley se estableció el derecho de los pacientes competentes a rechazar un tratamiento médico no deseado y se fijó un procedimiento para la toma de decisiones por parte de los sustitutos o representantes de los pacientes no competentes.

derecho, se puede sostener que aún cuando un paciente no sea capaz de tomar una decisión por sí mismo, es posible respetar su autonomía apelando a la decisión autónoma que tomó en previsión de sus circunstancias presentes.

Los casos clásicos que dan lugar a esta problemática se producen a partir del padecimiento de la enfermedad de Alzheimer, formas similares de demencia y algunos tipos de accidentes cerebro-vasculares: antes de la pérdida de la capacidad de tomar decisiones autónomas, estos pacientes poseían intereses asociados con valores y deseos acordes a una vida cognitiva en plenitud. A medida que el deterioro mental progresa, los intereses anteriores de quienes se encuentran en este estado clínico parecen desaparecer y, a veces, nuevos intereses toman su lugar. El problema principal que se desprende de esta situación es que, llegado el caso, existe la posibilidad de que los intereses previos y los intereses actuales entren en conflicto.

Imaginemos el caso de un paciente competente a quien diagnostican con una etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer<sup>36</sup>, enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta por causa del deterioro cognitivo del paciente y a través de una serie de trastornos conductuales. En su forma típica, se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades cognitivas. Tras el diagnóstico inicial, la enfermedad suele presentar una duración media aproximada de una década (Munoz Chacón, 2003). A medida que la enfermedad avanza, la persona padece confusión mental, pérdida de la memoria de largo plazo, trastornos del lenguaje y aislamiento progresivo del medio. Gradualmente se pierden las funciones biológicas y finalmente sobreviene la muerte.

El problema ético-filosófico que surge de la necesidad de validar el respeto por las directivas anticipadas se encuentra necesariamente unido a la demarcación de un criterio de identidad personal. ¿Qué sucede cuando un individuo ha dejado directivas anticipadas y, en el momento en que se debería

---

<sup>36</sup> También “mal de Alzheimer” o “demencia senil de tipo Alzheimer”

atender a las mismas, ese individuo que ya ha perdido parte de sus capacidades cognitivas, manifiesta el deseo de pasar por alto esas directivas? El conflicto, entonces, se produce entre intereses temporalmente diferentes de un mismo individuo.

Si sostenemos que la personalidad se ha mantenido intacta, entonces sin dudarle atendemos a los intereses precedentes. Si, por el contrario, sostenemos que ciertos cambios producidos en el agente no nos permiten hablar de una continuidad en la identidad personal -es decir, estamos frente a una persona diferente-, entonces las directivas de la persona que fue no parecerían aplicarse a la persona nueva que es ahora. No se trata de una mera especulación conceptual. Pues ¿qué justifica sostener que una persona es moralmente responsable por sus acciones pasadas? En este y en otros interrogantes de índole normativa, parecería que cualquier tipo de respuesta que podamos articular debe hacer referencia a la identidad personal.

La relación entre la noción de identidad personal y la validez de las directivas anticipadas es compleja y no se encuentra bien establecida. En primer lugar, no queda claro qué implica una correcta teoría de la identidad personal. Ni siquiera si acaso se debe hablar de identidad numérica o narrativa.

En segundo lugar, debe establecerse cuál es la relación -si es que existe tal- entre la identidad personal y la validez de las directivas anticipadas. Es decir, ¿debe establecerse con antelación una teoría de la identidad personal antes de ser aplicada a cuestiones éticas? ¿o acaso debemos formular una teoría de la identidad personal a la luz de estas problemáticas?

Como es evidente a partir de esta breve esquematización de la problemática, los temas a investigar revisten un alto grado de complejidad. Sin embargo, es notorio que son problemas íntimamente relacionados con el criterio de identidad personal. Asociado a esta cuestión, sólo en apariencia puramente conceptual, se ha abierto un debate acerca de la validez de las directivas

anticipadas en su calidad de instrumento moral y legal que permite que una persona todavía mentalmente capaz pueda dejar indicaciones sobre el tratamiento clínico que desea recibir en un futuro, cuando ya no sea competente.

El debate que se analizará en el presente capítulo, gira en torno de una serie de artículos escritos por Rebecca Dresser (1982; 1986) y Allen Buchanan (1988) quienes han manifestado su desacuerdo con la presunta validez ética de estos documentos desde los inicios de su implementación en los tratamientos médicos. Ambos autores advierten que quienes muestran su apoyo a favor de estos documentos, parten del presupuesto de que el individuo competente tiene un derecho virtualmente ilimitado a rechazar tratamientos para su salud, aunque de dicho tratamiento dependa su vida, por lo que la misma opción debería ser respetada en los casos en los cuales un individuo competente toma una decisión sobre su futuro por medio de la redacción de directivas anticipadas. Pero, señalan, el error consiste en que esta aseveración pasa por alto asimetrías moralmente significativas que pueden darse entre la elección contemporánea del individuo competente y sus deseos o intereses futuros cuando ya no se sea competente (en sentido estricto), pero aún pueda manifestar ciertos intereses básicos, como el de mantenerse con vida.

En el libro *El dominio de la vida* (1994) Ronald Dworkin presenta un caso paradigmático (el Caso Margo) que reavivó el debate en torno de la identidad personal como fundamento la validez de las directivas anticipadas. El autor formuló su propuesta a través del análisis de la validez de la autonomía prospectiva de personas diagnosticadas con enfermedades neurodegenerativas y cómo el respeto de sus deseos se relaciona con el valor intrínseco de sus vidas, apelando a la existencia de ciertos intereses críticos que son los que definen la noción de identidad personal tal y como el autor la comprende.

Como se presentará en profundidad los apartados siguientes, esta propuesta contó con el apoyo de Ben Rich (1997), Michael Newton (1999), Helga

Kuhse (1999) y Michael Quante (1999). La argumentación de Rich introdujo al debate, de modo más explícito de lo que Dworkin (1994) logró hacerlo, la teorías narrativas en torno de la identidad personal como marco ético de justificación de las directivas anticipadas, fortaleciendo la idea de que los intereses críticos poseen preeminencia moral por sobre otros intereses ya que son los primeros los que definen nuestras identidades.

Michael Newton (1999), por su parte, defendió la idea de que las directivas anticipadas deben ser respetadas en función de la importancia moral del respeto por la autonomía, aún cuando esta toma la forma de autonomía precedente, valor que no puede ser desplazado por otros intereses morales.

Helga Kuhse (1999) se alineó con Dworkin sobre la base de que la fuerza moral de las directivas deriva de la idea de que es la persona misma quien debe decidir cuáles son sus mejores intereses, tanto presentes como futuros. Y que los intereses de la persona competente, que toma decisiones en relación con su destino, son *per se* más valiosos que los intereses de la persona futura.

También Michael Quante (1999) prosiguió esta línea argumentativa, señalando que las críticas formuladas por Dresser (1982; 1986) y Buchanan (1988) se desprenden del apoyo a ciertas concepciones erróneas en torno de la identidad personal y defendió el criterio de identidad basado en la personalidad narrativa o identidad biográfica como aquél más adecuado para dar respuestas dentro del contexto de las problemáticas bioéticas.

En contrapartida, como respuesta al fuerte apoyo que ha recibido la propuesta de Dworkin, Sanford Kadish (1992) y Daniel Callahan (1995) ofrecen una serie de argumentos destinados a defender la postura sostenida por Dresser (1982; 1986) y Buchanan (1988).

Sanford Kadish (1992) retomó la línea argumentativa de Dresser, defendiendo la idea de que la fuerza moral de la autonomía precedente se ve

moralmente desplazada por consideraciones relativas a la compasión humana y la protección de la vida como valor supremo.

Daniel Callahan (1995), por su parte, desafió la idea de Dworkin de que los intereses críticos de las personas son suficientes para delimitar un criterio de identidad personal y sostuvo que la atención en la toma de decisiones éticas debe estar puesta en el yo actual del individuo.

Finalmente, Tom Beauchamp (1999) intenta ofrecer un cierre a este debate desafiando las teorías de la identidad personal. Su tesis se centrará en la afirmación de que la noción de identidad personal no es suficiente para sostener atributos morales.

Este interesante debate, aún vigente, será presentado y analizado en profundidad en los siguientes apartados.

### **5.1. Directivas, identidad y el argumento de la esclavitud**

Allen Buchanan es uno de los bioeticistas que inaugura el debate en torno de la validez de las directivas anticipadas en relación con las teorías de la identidad personal. Su escrito “Directivas anticipadas y el problema de la identidad personal” (1988) puede ser considerado uno de los artículos fundacionales en este exhaustivo debate en cuanto presenta, por medio de un detallado análisis, una completa caracterización de los problemas que luego serán retomados por diferentes autores en torno de este tema.

El enorme interés generado y la buena recepción que tuvieron en sus inicios las directivas anticipadas sobre tratamientos por la comunidad médica y por los bioeticistas llevaron a Buchanan a profundizar en el tema. El autor formula una clasificación de las directivas anticipadas para su correcto análisis. En primer lugar, se encuentran los testamentos vitales, que son documentos de voluntades

anticipadas o de instrucciones previas redactados por las personas en relación con sus deseos en torno de su atención médica futura. Por medio de ellos, se manifiesta anticipadamente la voluntad del futuro paciente en vista de que ésta se cumpla en el momento en que no sea posible expresar preferencias sobre los cuidados y el tratamiento de la salud. También pueden incluir instrucciones sobre qué desea que se haga con el cuerpo y/o órganos tras su muerte.

En segundo lugar, se debe notar que existe una forma alternativa de directivas anticipadas, una práctica extendida que cuenta con gran apoyo, similar a la forma clásica de estos documentos: una suerte de poder notarial a través del cual la persona designa un individuo o un grupo de individuos que ocuparán el rol de apoderados o decisores subrogados, y se encargarán tomar decisiones sobre la salud de la persona cuando sea incompetente.

Es posible también combinar ambos tipos de documentos. Las directivas anticipadas permiten designar un decisor subrogado y a la vez dejar indicaciones para delimitar el espectro de las decisiones sobre la salud.

El fundamento de estos documentos, señala Buchanan, adquiere varios sentidos. En primer lugar, las directivas anticipadas están diseñadas para proteger a los individuos de intervenciones médicas no deseadas, fútiles, que no hacen más que prolongar una vida que parecería no tener sentido seguir manteniendo. En segundo lugar, apuntan a garantizar el derecho a la autonomía y a la autodeterminación de las personas, permitiéndoles tomar decisiones anticipadas sobre el futuro de sus vidas. En tercer lugar, además de proteger a su autor de invasiones no deseadas sobre su cuerpo, estas indicaciones pueden permitir aliviar las cargas emocionales y también económicas que, de no existir aquellas, recaerían sobre sus seres queridos. La persona no sólo se protege a sí misma, sino que protege a los demás. Considerar las directivas anticipadas en este sentido amplio puede ser liberador.



Sin embargo, si bien a primera vista estas justificaciones parecen ofrecer buenas razones en favor de estos documentos, declara Buchanan, también presentan graves inconsistencias ya que no sólo no describen de modo completo el espectro de consecuencias de su utilización, sino que también carecen de una justificación acabada que incluya consideraciones acerca de nuestra vida moral.

Recordemos que quienes muestran su apoyo a favor de estos documentos parten del presupuesto de que el individuo competente tiene un derecho virtualmente ilimitado de rechazar tratamiento para su salud, aunque de dicho tratamiento dependa su vida, por lo que la misma opción debería ser respetada en los casos en los cuales un individuo competente toma una decisión en relación con su futuro por medio de la redacción de directivas anticipadas. Sin embargo, Buchanan señala que esta aseveración pasa por alto asimetrías moralmente significativas entre la elección contemporánea del individuo competente y la redacción de esta clase de directivas a aplicar en el futuro:

“Por ejemplo, aún cuando se da el caso de que una directiva es redactada y el individuo está bien informado acerca de las opciones disponibles en caso de que desarrolle cierta enfermedad particular u otra condición, las opciones terapéuticas y, por lo tanto, la prognosis, pueden cambiar entre el momento en que la directiva fue redactada y el momento en que es implementada”. (1988, p. 279)

Otro problema relevante que también parece ser ignorado consiste en afirmar que la persona competente es quien mejor puede determinar cuáles son los mejores intereses de su persona futura, que será incompetente. Esta aseveración es problemática ya que no considera la posibilidad de que dichos intereses no se correspondan con los que eran sostenidos por la persona competente.

Otra asimetría entre las decisiones actuales y su aplicación futura, que parece no haber sido detectada por quienes abogan a favor de las directivas

anticipadas, es que no dejan lugar a las intervenciones de atención que podemos aplicar a las decisiones actuales de las personas cuando consideramos que las mismas atentan contra su vida o son decisiones imprudentes o irracionales.

Existe un aspecto aún más problemático relacionado con la utilización de estos documentos que amenazaría su autoridad moral misma, aun si lográramos resolver las asimetrías antes presentadas: es la objeción de acuerdo con la cual el proceso mismo que hace que el individuo se vuelva incompetente y que pondría en funcionamiento las directivas anticipadas es el que destruye las condiciones necesarias para adscribirle identidad personal y, por lo tanto, elimina de raíz la autoridad moral de la directiva.

Este problema, señala Buchanan, descansa en el presupuesto de que sea cual fuere la teoría de la identidad personal que defendamos, esta incluye la necesidad de cierta clase de continuidad psicológica como la principal o, al menos, como una de sus condiciones. En algunos casos, declara, el daño neurológico permanente que sufre un individuo es tan grave que la continuidad psicológica se ve totalmente destruida, sin importar cuán bajo sea el estándar que define la continuidad para adscribir la preservación de la identidad personal. En dichos casos, lo que se pierde es la totalidad de las propiedades y estados psicológicos que comúnmente asociamos con las personas. Un ejemplo clásico que puede ayudar a ilustrar esta pérdida es el de los individuos que se encuentran en un estado vegetativo persistente, condición que se considera permanente.

Sin embargo, los casos que le interesa analizar a Buchanan son aquellos en los cuales si bien se produce una pérdida irreversible de ciertas funciones neurológicas, dicha pérdida no es tan significativa como para que podamos afirmar que ya no se puede adscribir identidad personal al individuo. El ejemplo que mejor ilustra esta situación es el de los pacientes que sufren de demencia avanzada, cuyos procesos cognitivos parecen haber desaparecido y sólo parece haber una cierta clase de conciencia perceptiva básica. A diferencia de los individuos en

estado vegetativo persistente, los enfermos de Alzheimer con demencia severa conservan las sensaciones visuales, auditivas y de otros tipos, aunque no puedan, sin embargo, distinguirlos conceptualmente. También, a diferencia de los primeros, los segundos sienten placer y dolor y manifiestan ciertas emociones como alegría, miedo, tranquilidad, etcétera.

En estos casos, señala Buchanan, las directivas anticipadas parecen carecer por completo de su autoridad moral. En primer lugar, las directivas anticipadas de una persona no pueden ser aplicadas a otra persona diferente. En segundo lugar, en los casos de individuos que sufren de demencia severa, la continuidad psicológica con la persona que redactó las directivas parece haber sufrido una ruptura. En tercer lugar, la persona que permanece tras el daño neurológico es diferente de la que redactó las directivas.

Buchanan llama a su argumento, el “argumento de la esclavitud” (1988, p. 282), dado que retrata las directivas anticipadas no como herramientas para garantizar la autodeterminación sino como instrumentos diseñados para someter a otras personas. La fuerza del mismo, sostiene, radica en la comprensión de qué tipo de juicios subyacen a la defensa del criterio de continuidad psicológica. La continuidad psicológica, señala el autor, admite gradación, por lo que debemos trazar un límite que nos permita identificar qué grado de continuidad psicológica estamos dispuestos a aceptar como necesario para adscribir identidad personal.

La concepción que fija el nivel de continuidad psicológica necesaria para la identidad personal en un grado bajo es llamada por Buchanan, *criterio conservador* de la identidad personal. Si adoptamos dicho criterio, entonces

“... aquellos casos en los cuales podemos concluir con seguridad que la persona, Jones, ha cesado de existir (debido a que el daño neurológico ha afectado en gran medida la continuidad psicológica) serán casos en los cuales el daño es tan catastrófico que estaríamos igual de confiados en concluir que la criatura viva que permanece no es

una persona y, por lo tanto, no es una persona diferente, [es decir] Jones II". (1988, p. 283)

Como hemos visto, no parece haber acuerdo acerca de qué propiedades son suficientes para adscribir identidad personal a un individuo. Y estas consideraciones varían de autor en autor y de teoría en teoría.

Buchanan señala una serie de condiciones que cree suficientes para poder asignar el estatus de personalidad. En primer lugar, debe poseerse la habilidad de auto-percepción y auto-reconocimiento de uno mismo como existiendo a lo largo del tiempo, poseyendo un pasado, un presente y un futuro. En segundo lugar, se debe poseer la habilidad de apreciar razones a favor y en contra de las acciones y de reprimir ciertos impulsos o inclinaciones en razón de dicho discernimiento. En tercer lugar, se debe poseer la habilidad de llevar adelante secuencias conectadas de acción para lograr un fin. De acuerdo con estas condiciones, tomadas en su totalidad o de manera separada, parecería que los individuos que sufren de demencia severa no podrían ser considerados personas<sup>37</sup>.

La intención de Buchanan es determinar si seguir las instrucciones de una persona que ya no existe es compatible con desestimar las obligaciones actuales hacia las personas cuyas capacidades mentales no les permiten tomar decisiones por su cuenta sobre sus tratamientos médicos. La pregunta a la que trata de dar respuesta se puede formular de la siguiente manera: ¿debemos respetar las directivas anticipadas en el caso de que la persona que las ha redactado ya no exista? ¿o debemos ignorarlas en pos de proteger los intereses del individuo que sobrevive a esta persona en caso de que sean contrarios a lo establecido en el documento de directivas anticipadas? Buchanan se decide a favor de esta última opción, cuando afirma que:

---

<sup>37</sup> Como se verá con claridad más adelante en este análisis, para Buchanan la falta de personalidad de ningún modo presupone la falta de estatus moral alguno (1988, p. 283)

“Una persona que redacta una directiva anticipada puede hacerlo, no sólo para ejercer el control sobre lo que le sucederá una vez que se vuelve incompetente, sino también para proteger ciertos intereses que posee sobre lo que le sucederá a su cuerpo después de que la persona en particular que es, ya no existe. Las personas a menudo poseen intereses que les sobreviven”. (1988, p. 286)

Estos intereses poseen un valor legítimo que es a menudo respetado en la esfera del derecho, relacionada con las herencias y el derecho sucesorio que determina cómo proceder con los bienes materiales de las personas, y parecería que deberíamos otorgarles el mismo valor a las decisiones futuras sobre tratamientos médicos.

Para sostener su tesis, Buchanan nos pide que imaginemos que alguien ha redactado directivas anticipadas en las que aclara que, en caso de sufrir de demencia severa (y si por dicha causa el resultado es un individuo a quien no se le puede adscribir personalidad), no se apliquen medidas de sostén vital. A simple vista, la persona actual parece tener un interés legítimo en lo que va a sucederle si se enfrenta con dichas circunstancias, hecho que puede equipararse al interés que todos tenemos en determinar qué sucederá con nuestros cuerpos una vez que hayamos muerto. Desde esta perspectiva, las directivas anticipadas se erigen como buenas herramientas para proteger dicho interés. Además, este pedido de la persona actual en relación con su futuro puede estar basado en sus nociones de lo que constituye la dignidad al final de la vida o puede responder a preocupaciones sobre las cargas que, de encontrarse en dicho estado, supondría para sus seres queridos. De acuerdo con esta línea argumentativa, en la ausencia de intereses morales que se contradigan con los estipulados con las directivas anticipadas, podemos reconocer el valor y la legitimidad de dichos documentos en tanto representan los intereses de sus autores.

Podemos mencionar tres puntos que se desprenden de esta argumentación. En primer lugar, la adopción del criterio de continuidad psicológica para establecer la condición de persona no elimina la autoridad moral de las directivas anticipadas. Incluso si la persona que emitió la directiva anticipada ya no existe, no se sigue que respetar las directivas anticipadas imponga la voluntad de una persona sobre otra. En segundo lugar, si el individuo que sobrevive al daño neurológico severo no es más una persona, nuestras obligaciones hacia dicho individuo son limitadas. En tercer lugar, el respeto por las directivas anticipadas dependerá del grado de continuidad psicológica que señalemos como necesario para la preservación de la identidad personal. En los casos en los cuales el criterio de continuidad psicológica necesario para adjudicar identidad personal es alto (Buchanan llama a esta perspectiva el *criterio radical*) se da exactamente el caso opuesto al que acabamos de analizar y las directivas pierden validez con mucha más frecuencia que en relación con la perspectiva anterior en que el criterio de continuidad psicológica necesario para adjudicar identidad personal es bajo (Buchanan llama a dicha perspectiva el *criterio conservador*).

Consideremos dos ejemplos:

“El primer caso es el de un joven noble ruso del siglo diecinueve que está, como profesa, sinceramente comprometido con los ideales socialistas. Como sabe que más adelante en la vida será heredero de una riqueza inmensa y podría ser tentado a abandonar sus ideales socialistas, obliga a su joven esposa a realizarle una promesa. Si tras heredar la fortuna, intenta negarse a cumplir su compromiso de redistribuirla a los pobres (liberar a sus siervos, etcétera), su mujer debe impedirselo”. (1988, p. 289)

Quienes presentan este tipo de ejemplo concluyen que lo correcto es que la mujer cumpla con su promesa e intente preservar los ideales de, en ese entonces, su joven marido cuando él, ya maduro, se niegue a cumplirlos. O, al menos, que

se reconozca que existe un conflicto legítimo entre los intereses pasados y los intereses presentes del noble ruso.

Estas aseveraciones se desprenden, es claro, de la defensa del *criterio radical* que reconoce que el joven y el maduro noble ruso han sufrido cambios significativos y que, debido a dichos cambios, deberán ser considerados como dos personas diferentes. Esta propuesta, señala Buchanan, no parece ser del todo adecuada: si tenemos en cuenta que la persona que hizo prometer a su mujer que lo haría repartir su dinero ya no existe, no habría conflicto alguno ya que el marido actual no tendría derecho alguno por sobre la herencia que ha recibido. Esta perspectiva, señala el autor, lleva inexorablemente a una contradicción imposible de salvar. Este primer ejemplo nos muestra que las afirmaciones del *criterio radical* no son adecuadas como defensa de la validez de las directivas anticipadas.

Pasemos al segundo ejemplo que Buchanan nos propone considerar:

“Se trata de un anciano con rasgos de santo que es galardonado con el Premio Nobel de la Paz por una buena razón. Tras serle concedido el premio sale a la luz cierta información que afirma que, sesenta años antes, un hombre muy joven que no sólo llevaba el mismo nombre que el del premio Nobel, sino también tenía un cuerpo y un cerebro idénticos a los del galardonado, atacó ferozmente e hirió a un policía en una reyerta”. (1988, p. 290)

Quienes presentan este tipo de ejemplos concluyen que el joven violento y el anciano ganador del Nobel de la Paz son personas diferentes, esto es, que los lazos de continuidad psicológica que se extienden de uno a otro no son suficientes para asegurar la continuidad necesaria para la persistencia de una misma persona. Los defensores de esta premisa, ofrecen conclusiones similares a las del caso anterior: el anciano no debe ser castigado por los crímenes del joven ya que no se trata de la misma persona. Y esta distinción, al igual que el caso del noble

ruso, genera serias contradicciones. Nuestra intuición de que el anciano no debe ser castigado no presupone que él y el joven no sean una y la misma persona. Simplemente puede basarse en consideraciones de justicia que nos hagan pensar que su contribución a la sociedad fue mayor que el daño que tiempo atrás produjo.

Tras haber analizado tanto las consecuencias de adoptar un *criterio conservador* como las de adoptar un *criterio radical* acerca de la identidad personal en relación con las directivas anticipadas, Buchanan declara que una perspectiva que se acerque al primero de estos criterios es la que mejor da cuenta de la importancia que le damos a la validez de la mayor parte de nuestros contratos.

Dicha perspectiva también se correspondería con nuestras prácticas sociales más importantes, con la esencia de nuestras leyes y con el modo según el cual asignamos premios y castigos desde una perspectiva moral:

“Parece, entonces, que dado que el valor de preservar algunas de nuestras prácticas e instituciones más básicas habla en favor de establecer un bajo umbral de la continuidad psicológica necesaria para adscribir identidad personal, y que no hay consideraciones de peso en el otro lado de la balanza, claramente debemos establecer (o más bien dejar) el umbral bajo”. (1988, p. 292)

Si bien se puede objetar a esta perspectiva que un cambio considerable en nuestras prácticas e instituciones podría sin problemas adaptarse a una perspectiva más radical, si bien afectaría el modo en el cual aplicamos las directivas anticipadas y pondría en tela de juicio su validez, también nos obligaría a reconsiderar casi todas nuestras prácticas, sistemas de creencias y leyes por las cuales nos regimos. Y no parece haber buenas razones para que introduzcamos o defendamos la necesidad de dichos cambios.



La propuesta de Buchanan se estructura sobre la aceptación de una perspectiva de la identidad personal que incluya la necesidad de la continuidad psicológica, acompañada de un criterio moderado en relación con el umbral que permite adscribir identidad a las personas. Mientras en una persona que ha sufrido daños neurológicos graves se presente el grado de conexión psicológica necesario para adscribir identidad con su yo anterior, las directivas anticipadas mantendrán su autoridad moral en tanto ejercicio de la toma de decisiones precedentes de la persona competente. Pero cuanto más nos alejemos de este punto moderado, más valor perderán dichas directivas y más razones existirán a favor de desestimarlas frente a consideraciones relacionadas con el bienestar actual de la persona que previamente redactó dicho documento.

Sin embargo, cabe aún la posibilidad de que esos pedidos precedentes sean respetados en función de que han sido formulados por la persona teniendo en cuenta las características de ese individuo futuro. En base a dicha intención, podríamos llegar a argumentar que esa preocupación por su devenir marca una relación íntima entre ambos individuos, el anterior competente y el actual incompetente. Una interpretación razonable de la identidad personal basada en la continuidad psicológica muestra que, a pesar de que pueden existir conflictos entre los intereses manifestados por la persona que redactó las directivas anticipadas y los intereses actuales que el individuo incompetente parece tener, este conflicto no tiene el mismo grado de profundidad que, por ejemplo, los conflictos que se dan entre dos personas diferentes, porque existe entre ellos al menos una conexión que permite el reconocimiento de ambos como íntimamente conectados. Sin embargo, concluye Buchanan, el principal problema que se nos presenta a la hora de brindar nuestro apoyo completo a las directivas anticipadas es que resulta realmente difícil determinar con propiedad dónde debemos trazar el umbral que separa a las personas de las no personas.

## 5.2. Intereses de experiencia vs. intereses críticos

En el capítulo “La vida después de la razón” de su libro *El dominio de la vida* (1994), Ronald Dworkin emprende un análisis de la autonomía de las personas que sufren de Alzheimer y de cómo el respeto de sus deseos se relaciona con el valor intrínseco de sus vidas, con el cual reaviva el debate en torno de esta cuestión.

Si bien su reflexión se aplica a toda clase de demencias profundas y permanentes, la causa más común de estos estados suele ser la enfermedad de Alzheimer. Los pacientes que se encuentran en los últimos estadios de la enfermedad pierden la memoria de manera significativa. Con frecuencia no pueden recordar momentos de sus vidas pasadas y, si lo logran, es a menudo por breves períodos de tiempo y de modo fragmentario. Tampoco pueden reconocer a sus cónyuges, amigos o personas a pesar de haber compartido con ellos gran parte de sus vidas. A medida que la enfermedad avanza, pierden la capacidad de comunicarse verbalmente y sus cuerpos se van deteriorando a la par.

El Alzheimer produce un severo deterioro neuronal y cognitivo. Debido a que es una condición degenerativa y, hasta el momento, irreversible quienes padecen la enfermedad en estadios avanzados, son incapaces de mantener planes o proyectos de vida, aún cuando se trate de los más simples. Si bien expresan deseos y emociones, a menudo éstos cambian con rapidez. Es en base a este problema que Dworkin va a preguntarse cuáles son los derechos morales de estas personas:

“¿Es acaso necesario que exista algún nivel mínimo de competencia cognitiva para poseer derechos? ¿Tienen estas personas mentalmente discapacitadas los mismos derechos que las personas competentes, o están sus derechos alterados o disminuidos o extendidos de algún modo en función su enfermedad? ¿Tienen, por ejemplo, el mismo

derecho a que se respete su autonomía, derecho a ser cuidados por quienes los tienen a cargo, derecho a la dignidad y al acceso a un mínimo nivel de recursos como las personas enfermas que no sufren de demencia?”. (1994, p. 219)

Esta enfermedad, relata Dworkin, suele ser asociada con sentimientos de miedo, tristeza y frustración tanto en los pacientes como en sus cuidadores. Sin embargo, no es así en todos los casos. Para sostener esta afirmación que resulta problemática para la defensa de la validez de las directivas anticipadas, Dworkin presenta el caso Margo, ejemplo que toma de Andrew Firlik<sup>38</sup>, quien

“...cuando era un estudiante de medicina ... conoció a una víctima de la enfermedad de Alzheimer de cincuenta y cuatro años a quién llamó Margo, a la que comenzó a visitar regularmente en el departamento donde ella vivía bajo los cuidados de una enfermera. El departamento poseía numerosas cerraduras para impedir que Margo escapara por las noches y rondara el parque vestida con su camisón, como había hecho en el pasado. Cada vez que Firlik llegaba, Margo afirmaba saber quién era él, pero nunca lo llamaba por su nombre y por esto él sospechaba que, en realidad, ella sólo trataba de ser amable. Ella le contaba que leía libros de misterio, pero Firlik «notaba que la marca en el libro cambiaba de un lugar a otro día tras día; muchas veces decenas de páginas estaban marcadas con sus esquinas dobladas al mismo tiempo... Quizás ella se sentía bien estando sentada y tarareando, meciéndose lentamente hacia atrás y hacia adelante, asintiendo con la cabeza y ocasionalmente pasando de página»”. (1994, p. 221)

De acuerdo con el relato del joven estudiante, Margo también tomaba clases de arte para pacientes con Alzheimer y disfrutaba con enorme placer de los

---

<sup>38</sup> El relato al que hace referencia Dworkin se encuentra en Firlik A. D. (1991) Margo's Logo. *Journal of the American Medical Association*. 265:201.

sándwiches de mermelada y manteca de maní. Fue este cuadro completo lo que llamó la atención de Firlík y lo llevó a preguntarse si acaso, a pesar de su enfermedad, Margo no era una de las personas más felices que él había conocido.

Este relato, a la vez, llamó la atención de Dworkin quien reflexionando sobre la autonomía de esta clase de pacientes comenzó a preguntarse si acaso, en términos de derechos, deberíamos considerar a estas personas como *dementes*, poniendo énfasis en su situación actual, o si acaso deberíamos considerarlas personas *que se han vuelto* dementes, poniendo énfasis en sus vidas como un todo.

La autonomía de un adulto competente es un derecho que debe respetarse en casi todos los casos, definida por este autor como “el derecho a tomar por nosotros mismos decisiones importantes que afecten nuestras vidas” (1994, p. 222), incluso en el caso en que dichas decisiones no parezcan estar entre nuestros mejores intereses a la mirada de los otros<sup>39</sup>. Pero ¿sucede lo mismo con las personas que sufren de demencia?

La pregunta central a la que Dworkin desea responder es: ¿incluye el derecho a la autonomía de una persona competente el poder dictaminar con antelación que se le niegue en un futuro tratamiento el soporte vital, aun cuando éste sea solicitado una vez que la persona está demente? En otras palabras, ¿se deben tener en cuenta los intereses que manifestaron cuando aún eran dueños de su razón o acaso los intereses actuales de estas personas que sufren demencia?

La posición de Dworkin hacia esta problemática va a conformarse a partir de un análisis de los valores asociados con la autonomía, la beneficencia y la santidad de la vida, en relación con el modo en que vivimos y el modo en que queremos morir. Con el fin de avanzar sobre estos temas nos propone:

---

<sup>39</sup> Dworkin trae a colación la decisión autónoma de los Testigos de Jehová adultos de rechazar transfusiones sanguíneas y otros procedimientos médicos.

“Supongamos, por ejemplo, que hace tres años, cuando era completamente competente, Margo firmó un documento de directivas anticipadas de acuerdo con el cual pedía que si llegara a sufrir de la enfermedad de Alzheimer todas sus propiedades deberían ser donadas a caridad, para que ninguna fuera utilizada para pagar su tratamiento. O que, en la misma línea de razonamiento, no debería suministrársele tratamiento para cualquier enfermedad que contrajera y que amenazara su vida”. (1994, p. 226)

Y agrega:

“Si Margo hubiera expresado cualquiera de esos deseos cuando era competente ¿implicaría que quienes están a cargo de ella en este momento deberían respetar esa manifestación de autonomía precedente, a pesar de que parece realmente feliz con sus libros de misterio con las esquinas de las páginas dobladas, la pintura que pinta una y otra vez y sus sándwiches de mermelada y manteca de maní?”. (1994, p. 226)

Dworkin defiende la perspectiva de que nuestras vidas son guiadas por el deseo de concretar dos tipos de intereses: intereses *de experiencia* e intereses *críticos* (1994, p. 201) Los intereses de *experiencia* son los que, en mayor o menor medida, compartimos con todas las criaturas sintientes. Entre estos pueden contarse el gusto por la música, por la lectura, el disfrutar de una buena comida o de practicar un deporte. El valor de estas experiencias depende en su totalidad de que sean experiencias deseables que, aunque contribuyen, no llegan ofrecer una definición de lo que constituye una buena vida.

La segunda clase de intereses que poseemos, los intereses *críticos*, son más importantes. Son los deseos y las metas que brindan sentido a nuestras vidas y representan “juicios críticos, más que simples preferencias experienciales” (1994, p. 202). Llevamos adelante proyectos tales como consolidar y mantener amistades

cercanas, lograr destacarnos en nuestro trabajo o cuidar a nuestros niños, no sólo por las experiencias positivas que estas acciones nos ofrecen, sino porque dan sentido a nuestras vidas. Esto no implica que los intereses de experiencia sean, dicho de algún modo, intereses frívolos. Tampoco que los interesantes críticos sean, en todos los casos, profundos. No es que se trate de contraponer intereses mundanos a intereses filosóficos, simplemente se trata de que es esta segunda clase de intereses la que permite crear una estructura narrativa coherente para las vidas que llevamos adelante. Y esto se revela de este modo cuando reflexionamos sobre el sentido de nuestra existencia.

Nuestros intereses críticos permiten explicar, además, nuestra preocupación por lo que sucederá en los momentos finales de nuestras vidas. Si el interés en esa etapa tiene que ver con no ser una carga para nuestros seres queridos, o no experimentar un sufrimiento excesivo, otras veces refleja la preocupación de que nuestros últimos momentos se integren con cierta coherencia con las etapas anteriores de nuestras vidas. Para la mayoría de la gente, afirma Dworkin, la muerte posee una importancia especial y simbólica, por esa razón es importante que este momento exprese la reafirmación de los valores que creyeron más importantes durante sus vidas. Y, dado que los intereses críticos son personales, varían de individuo a individuo, cada persona debería tener el derecho a controlar el modo en que su vida llega a su fin.

Dworkin procede entonces a aplicar esta clasificación de los intereses a las nociones de autonomía y beneficencia sobre el caso Margo y se pregunta ¿cómo deberíamos proceder? En primer lugar, presenta lo que llama el *punto de vista de la evidencia de la autonomía*. De acuerdo con esta perspectiva, deberíamos respetar la decisión competente y autónoma de la persona en función de que, en la mayoría de los casos, cada individuo sabe mejor que nadie cuáles son sus mejores intereses. El *punto de vista de la evidencia de la autonomía* no puede servir de fundamento para apoyar la decisión anticipada de Margo, observa Dworkin, ya que no se puede decir que las personas sean los mejores jueces a la

hora de tomar decisiones sobre circunstancias a las cuales nunca antes se enfrentaron y en las cuales sus preferencias y deseos pueden variar drásticamente.

Sin embargo, para Dworkin la mejor explicación que podemos ofrecer en relación con el respeto de las elecciones individuales descansa sobre lo que él llama el *punto de vista de la integridad de la autonomía*. En un gran número de casos, afirma, garantizamos la posibilidad de que las personas elijan acciones que parecen entrar en conflicto con sus intereses. Y lo hacemos dado que respetamos la idea de que las personas tienen derecho a guiar sus vidas con un sentido distintivo de su propia particularidad, de acuerdo con lo que es importante para ellas.

El punto de vista de la integridad de la autonomía proporciona un fuerte apoyo hacia el respeto a las directivas anticipadas a pesar de que las personas que evalúan la vida de la Margo con demencia puedan percibir un conflicto entre sus instrucciones originales y su bienestar actual.

El principio de beneficencia brindará un apoyo adicional para defender la idea de que las directivas de Margo deberían ser respetadas. Si bien las decisiones tomadas en función de respetar la beneficencia en el caso de pacientes como Margo a menudo siguen la opción que mejor protege el bienestar actual de la persona incompetente, lo que crearía un conflicto con las directivas anticipadas manifestadas dejadas por ella, Dworkin retoma los intereses críticos para construir un estándar diferente de los mejores intereses de las personas no autónomas.

Contra los argumentos que sostienen que se debería brindar tratamiento a Margo en cualquier caso porque los profesionales no pueden denegar ayuda médica o porque se juzga incorrecto no tratar de salvar la vida de una persona que disfruta de estar viva, Dworkin afirma que respetar las decisiones previas de Margo es respetar su vida desde una perspectiva narrativa. Y la decisión de ignorarlas constituiría un tipo de paternalismo totalmente injustificado y una falta

de respeto a la persona que Margo supo ser. Los intereses críticos de Margo, afirma Dworkin, persisten más allá de su incapacidad actual para apreciarlos y siguen poseyendo mayor relevancia moral que sus intereses de experiencia, a pesar de que aún pueda apreciar estos últimos.

### **5.3. Autonomía vs. beneficencia**

Debido a las repercusiones sobre el derecho a la muerte digna que generó la publicación de *El dominio de la vida* de Dworkin, Rebeca Dresser desafió en un artículo la posición defendida por este autor, al que tituló “La demencia según Dworkin: una teoría elegante, una política cuestionable” (1995).

La autora comienza su crítica señalando que Dworkin, en su análisis del valor de la autonomía precedente, está en lo correcto al presentar como un derecho el poder tomar decisiones sobre nuestro futuro. Sin embargo, lo que le cuestiona es el grado de importancia que atribuye a las personas en relación con las preocupaciones sobre el momento de sus muertes. Y desafía esta afirmación preguntando “¿cuán intensamente valora la gente esta libertad?” (1995, p. 34)

La mayoría de las personas no sólo no realiza planes para el final de su vida sino que, en líneas generales, evita hablar de ese momento. Y llegado el caso de que fuera necesario, la práctica común involucra la designación de un pariente o amigo de confianza para que sea el encargado de tomar las decisiones sobre cuidados y tratamientos. El primer error de Dworkin, a juicio de Dresser, es creer que la libertad de ejercer la autonomía precedente figura entre las prioridades más importantes de las personas, es decir, entre sus intereses críticos.

Además, y este punto se vincula estrechamente con el señalamiento anterior, la autora remarca que Dworkin omite cualquier tipo de consideración acerca de cómo debería traducirse su postura en términos de políticas públicas en salud.



Este no es un problema menor, señala Dresser, dado que aún si acordáramos con la propuesta de Dworkin, restaría idear procedimientos que garantizaran que las personas que dejaran directivas anticipadas fueran personas competentes, que sus acciones fueran voluntarias y que sus decisiones fueran informadas. En otras palabras:

“¿Qué querríamos que comprendiera la Margo aún competente antes de que eligiera la muerte por sobre la vida en caso de demencia? Como mínimo deseáramos que ella entendiera que la experiencia de la demencia difiere entre los individuos, para unos parece ser una existencia continuamente aterrizante e infeliz, mientras que la mayoría de las personas con demencia no exhiben el dolor y la miseria que las personas competentes tienden a asociar con esta condición”.  
(1995, p.34)

La experiencia subjetiva de la demencia, declara la autora, es más positiva de lo que cualquiera de nosotros esperaría, y el conocimiento de dicha circunstancia podría influir en las decisiones de las personas competentes sobre su tratamiento futuro. La tragedia y el horror con los cuales se asocia habitualmente a la demencia, pueden ser rastreados muchas veces en el modo en que los otros responden a la gente en dicha condición y no en las manifestaciones propias de quienes la sufren.

La enfermedad de Alzheimer es una condición progresiva, con etapas que difieren de paciente a paciente y donde muchas veces los últimos estadios de la enfermedad no se presentan del mismo modo en todos los que la sufren. Trasladado del plano privado al plano de las políticas públicas, surge la necesidad de que quien ejerza su autonomía precedente posea la información más precisa que sea posible acerca de cómo serían las diversas etapas de su vida en los

distintos estadios de la enfermedad y acerca de cuan invasivas y efectivas podrían ser diferentes intervenciones que pudieran realizársele<sup>40</sup>.

El conocimiento de las consecuencias de las decisiones prospectivas es una de las preocupaciones que no puede dejarse de lado en relación con el análisis de la validez de las directivas anticipadas de tratamientos médicos en general y, en particular, en el caso de la demencia. Como bien señala Dresser: “La gente completa las directivas anticipadas en privado, quizás luego de discutirlo con sus parientes, médicos o abogados, pero a menudo comprendiendo poco el significado de lo que implican sus decisiones” (1995, p. 35). Respetar elecciones que se originan en la percepción errónea de lo que podría suceder en el futuro, sustentadas en información escasa o que no ha sido bien comprendida no constituye el respeto a la autonomía, sino por el contrario, una violación del respeto a la misma. Antes de implementar directivas médicas en pacientes que sufren de un estadio avanzado de demencia, debería garantizarse que al momento de haber manifestado sus preferencias, éstos hayan exhibido una comprensión razonable de las consecuencias de sus decisiones.

Dresser concede que algunos aspectos problemáticos relacionados con el planeamiento anticipado de tratamientos futuros son insuperables: muchas veces no se cuenta con suficiente información sobre los avances recientes, podría emerger información relevante durante el tiempo que transcurre entre manifestar una directiva y el momento de su ejecución, y no estaría contemplado en la decisión de la persona. Sin embargo, existe un problema mayor:

“La teoría de la identidad personal que ofrece criterios para la continuidad de una persona particular a través del tiempo, nos provee de otras bases para cuestionar la autoridad legal y moral de la autonomía precedente. En *El dominio de la vida*, Dworkin asume que

---

<sup>40</sup> Idealmente, agrega Dresser, a quienes piensen en dejar directivas anticipadas, deberíamos darles la oportunidad de hablar con médicos, enfermeros y otras personas diagnosticadas con Alzheimer y de discutir sus elecciones con un consejero (1995).

Margo, la paciente con demencia, es la misma persona que realizó los pedidos anticipados para morir, más allá de la drástica alteración psicológica que ha sufrido. Sin embargo, la legitimidad del modelo de la autonomía precedente depende de manera absoluta de este punto de vista de la identidad personal. Otro abordaje de la identidad personal pondría a prueba este argumento. Desde este punto de vista, la pérdida sustancial de memoria y otros cambios psicológicos pueden producir una nueva persona ... los que apoyan esta visión de la identidad personal pueden argumentar que las decisiones tempranas de Margo carecen de autoridad moral para controlar qué pasa con Margo, la paciente con demencia". (1995, p. 35)

Este problema, relacionado con el apoyo a las directivas anticipadas en una teoría de la identidad personal fundada en la memoria, constituye una poderosa razón para asignar una menor autoridad moral a la autonomía precedente que a la autonomía contemporánea. Entonces, contrario a lo sostenido por Dworkin, deberíamos dar prioridad a los intereses de experiencia actuales de la persona demente por sobre el ejercicio de la autonomía precedente.

El abordaje de Dworkin sobre la preeminencia de los intereses críticos por sobre los de experiencia descansa parcialmente sobre la idea de que la gente desea que sus vidas posean coherencia narrativa. Pero ¿qué evidencia tenemos de que la mayoría de la gente realmente piensa como Dworkin dice que lo hace? Dice Dresser:

"La meta de establecer una narrativa coherente no es tanto un tema de la vida común como el simple esfuerzo de aceptar y ajustarse a los cambios de las circunstancias sociales y naturales que caracterizan la vida de una persona ... Ésta me parece justificación para una política en contra de terminar con la vida activamente o de no suministrar algunos tratamientos efectivos y no molestos, como los antibióticos, a

los pacientes con demencia cuyas vidas les ofrecen la clase de placeres y satisfacciones que Margo disfruta”. (1995, p. 36)

En una abierta defensa del paternalismo moral, Dresser afirma que aunque esencialmente impedida, Margo posee la capacidad de sentir placer, de interactuar con otras personas, de disfrutar de reuniones y mucho más. Esta calidad de vida suministra las bases defendibles para limitar el alcance de su autonomía precedente. Las directivas anticipadas, para la autora, sólo mantendrían su validez si los intereses anteriores de los pacientes no colisionaran con los actuales. Dresser reconoce que

“Muchos pacientes con demencia no tienen el mismo perfil que Margo. Algunos están apenas conscientes, otros parecen aterrorizados, miserables y no responden a los esfuerzos destinados a calmarles el dolor. En ciertos casos, un tratamiento propuesto para mantener la vida podría considerarse invasivo y paralizante, y podría infringir un extremo terror a los pacientes que no son capaces de entender las razones de estos sufrimientos. En dichos casos, sería apropiado cuestionar la justificación de ese tipo de tratamiento y, a menudo evitarlo, en tanto el paciente pudiera ser mantenido confortablemente sin éste”. (1995, p. 37)

Su propuesta implica considerar los beneficios y las cargas que experimentarán los pacientes con impedimentos neurológicos graves y habilidades disminuidas de comunicación cuando se debe decidir si respetar o ignorar los documentos de directivas anticipadas. Si adoptáramos una visión diferente a la que comúnmente se tiene de esta condición -la demencia es vista como una tragedia, un evento degradante y humillante- quizás esa perspectiva de vida no nos resultaría tan aterrorizante. Y esto se vería reflejado en nuestras decisiones sobre tratamientos futuros, llegado el caso de que debiéramos anticiparlos.

#### 5.4. Defensa de las directivas anticipadas desde la narrativa

Recordemos que en razón de sus divergentes perspectivas sobre la teoría de la identidad personal, Dworkin y Dresser responden a esta pregunta de manera diferente. Para Dworkin, Margo es una persona que se ha vuelto demente. Y el modo de comprender esta aseveración está dado por la mirada retrospectiva hacia lo que fue la vida de Margo desde la perspectiva de su riqueza narrativa. Para Dresser, por el contrario, Margo es una persona demente. Aunque pueda llegar a percibirse cierta conexión con la persona competente, quien era llamada por su mismo nombre, su identidad ahora es la de una mujer demente feliz. Este problema, señala Rich, se estructura de la siguiente manera:

“Hay una dimensión metafísica y moral que rodea la cuestión de si las directivas anticipadas de Margo deberían respetarse. Basándose en sus escritos anteriores, Dresser defiende una teoría de la identidad personal como la enunciada por Derek Parfit. De acuerdo con Parfit ... para que exista una relación entre la persona en un tiempo  $t$  y la persona en un tiempo  $t_1$ , debe existir un elevado nivel de conectividad y continuidad psicológica entre el ser anterior y el posterior”. (Rich 1997, p. 139)

De acuerdo con esta postura, en los últimos estadios de la enfermedad de Alzheimer no se podría detectar el nivel de conectividad y continuidad psicológica necesario para afirmar que la persona demente es la misma persona que fue antes de agravarse su condición. Siguiendo a Dresser, entonces las directivas anticipadas carecen de autoridad moral bajo cuyo amparo sea legítimo rechazar un tratamiento médico futuro, dado que no se trata de dos fases radicalmente diferentes de la vida de una misma persona, sino de dos seres diferentes con diferentes vidas e intereses.

La disputa en torno de la validez de las directivas anticipadas se reactivó, como mencionamos, en una crítica de Dresser a la propuesta de Dworkin de las directivas anticipadas concebidas como un ejercicio de lo que ha llegado a llamarse autonomía prospectiva o precedente. A raíz de estas críticas, en un artículo llamado “Autonomía prospectiva e intereses críticos: una defensa narrativa de la autoridad moral de las directivas anticipadas” (1997), Ben A. Rich responde a Dresser en defensa de la validez y utilidad de estos documentos.

Al igual que Dresser, Rich ubica en el centro de su análisis el caso Margo. Cabe recordar que más allá del deterioro mental causado por la enfermedad, Margo no sufre de problemas físicos, no siente dolor y no necesita de tratamientos médicos invasivos. No sufre tampoco de angustia por su condición. A partir del análisis de este caso en particular, Rich quiere responder a la pregunta por la identidad personal, en otras palabras, responder a la pregunta “¿Quién es Margo?”.

Rich desafía la perspectiva de Dresser señalando, en primer lugar, las implicancias contraintuitivas de sostener el punto de vista de Parfit sobre la identidad personal:

“Si la Margo demente es en verdad una persona metafísica, moral y legalmente distinta, entonces la Margo anterior, la competente, ha dejado de existir. Si sus directivas anticipadas no tienen ningún tipo de autoridad sobre la nueva Margo demente, entonces la nueva Margo demente no tiene derecho sobre las propiedades de la Margo anterior, la competente ... Si la Margo competente hubiera estado casada, su marido, siguiendo la lógica del argumento de Dresser, sería viudo”.  
(1997, p. 139)

En segundo lugar, no es verdad, como sostiene Dresser, que las directivas anticipadas no gocen de reconocimiento entre el público en general. Desde la década de 1970 y hasta el día de hoy, especialmente luego del célebre caso

Quinlan<sup>41</sup>, un creciente número de personas ha comenzado a manifestar sus deseos sobre tratamientos futuros, muchas veces a través de la redacción de testamentos vitales. La existencia de las directivas anticipadas como documentos con validez legal en numerosos países<sup>42</sup> muestra con claridad que la perspectiva que prevalece en torno de la identidad personal es que la persona competente que ha dejado las directivas y el paciente incompetente sobre el cuál éstas tendrán efecto, es una y la misma persona.

Rich concede que sus críticos pueden atribuir este aumento de los documentos de directivas anticipadas a que las personas deciden a partir de nociones pre-filosóficas defectuosas de la identidad personal. Ensayo, entonces, una posible respuesta a estas observaciones elaborando una defensa de las directivas anticipadas desde una perspectiva filosófica.

Declara que quienes, como Dresser, defienden la tesis reduccionista parfitiana, privilegian las experiencias de las personas por sobre la existencia misma de las personas que poseen dichas experiencias. De acuerdo con esta perspectiva, sólo puede hablarse de identidad personal concediendo que las personas son constructos teóricos que resultan de considerar experiencias relacionadas entre sí a través de niveles mínimos de continuidad y conectividad psicológica. Rich se propone defender la autoridad moral y legal de las directivas anticipadas basándose en un enfoque lockeano de la identidad de las personas y del significado de su vidas.

---

<sup>41</sup> Este fue un caso tanto o más resonante que el de Nancy Cruzan. Karen Ann Quinlan, a sus 21 años, quedó inconsciente por causa de consumir alcohol y drogas en una fiesta. Se desplomó al llegar a su casa y hasta el momento en que llegaron los paramédicos, se cree que dejó de respirar durante 15 minutos o más. Al llegar al hospital, los médicos declararon que se hallaba en un estado vegetativo persistente. Se la mantuvo conectada a un respirador durante varios meses sin que mostrara signo alguno de recuperación y entonces sus padres solicitaron al hospital suspender el tratamiento de soporte vital. El hospital se negó a conceder dicho pedido y se inició una batalla legal que culminó con un fallo del Tribunal Supremo de Justicia en favor de sus padres.

<sup>42</sup> Ver Apéndice

Al criterio de personalidad le atribuye cuatro rasgos o elementos esenciales: racionalidad, continuidad, compromiso y auto-conciencia. Una persona es entonces, para Rich, “un ser con capacidad para desarrollar y perseguir su propia y única visión del bien basada en su preocupación por persistir como el yo que esa persona es” (1997, p. 140). Cuando entendemos a las personas como seres que poseen esos cuatro rasgos o elementos, la identidad personal se sigue naturalmente de la existencia continua de dicho ser.

Es claro que determinar si la Margo demente es la misma persona que la Margo que dejó las directivas anticipadas depende en gran medida de la rigurosidad del estándar con el cual consideramos la continuidad de conciencia. Un estándar alto no puede darse en ninguna situación en la cual una persona competente se vuelva incompetente. Un estándar más bajo, sin embargo, parecería corresponder más con nuestras intuiciones pre-filosóficas, nuestras costumbres sociales y nuestras prácticas legales.

Rich defiende la propuesta de un estándar más bajo, acorde con nuestras intuiciones pre-filosóficas, basándose en el hecho de que tendemos a considerar ciertos desarrollos naturales progresivos como fases de pre-persona, cuasi-persona y post-persona en de una única vida:

“Se cree que los niños carecen de responsabilidad en decisiones vitales importantes. A medida que maduran hacia la adolescencia y llegan a la temprana adultez, se les atribuye una capacidad creciente para tomar decisiones sobre hechos que los afectan. Sin embargo, nosotros no consideramos al niño, al adolescente y al adulto como personas diferentes”. (1997, p. 141)

Existe, sostiene Rich, una relación causal entre los estados anteriores y posteriores de la conciencia de una misma persona:



“De manera similar, mientras que un adulto con sus capacidades mentales disminuidas puede tener muy poco que ver con el ser que era anteriormente, generalmente no creemos que se ha vuelto otra persona”. (1997, p. 141)

Cuando la vida de una persona es considerada desde una perspectiva que concede importancia a su desarrollo y a su narrativa, entonces cobra sentido la idea de una vida como un todo. El problema de las perspectivas como la de Dresser y Parfit consiste en que si admitimos que una persona se encuentra fragmentada, no es más que una serie de seres diferentes con identidades diferentes cada uno surgiendo ya completo por la defunción de un ser anterior, las bases que sostienen la responsabilidad moral humana (tal y como la concebimos) quedarían anuladas.

Un abordaje que se correspondiera con un umbral bajo para considerar la identidad personal permitiría explicar satisfactoriamente cambios significativos en los valores, actitudes y creencias que tuvieran lugar en la vida de una única persona. Entonces la pregunta no sería ya ¿quién es Margo? sino, dado que ella parece ser la fase de post-persona en la vida de la Margo competente, deberíamos preguntarnos ¿quién posee la autoridad para determinar el curso de la vida de la fase post-persona de Margo?

Rich defiende, entonces, el ejercicio de la autonomía prospectiva bajo la forma de ejecución de las directivas anticipadas. A través del ejercicio de la autonomía prospectiva, una persona se proyecta a sí misma hacia uno o más futuros potenciales, a través de la toma de decisiones en el tiempo presente a sabiendas de que su yo posterior no va a poder tomar.

La postura defendida por Dresser, piensa Rich, implica desestimar por completo la historia de vida de Margo una vez llegado el momento de responder cómo debería ser tratada en el presente. Pero las vidas de las personas, especialmente de las profundamente dementes, se vuelven incomprensibles a

menos que consideremos su historia narrativa incluyendo en ella las directivas anticipadas que pudo haber dejado. Siguiendo a Dworkin, Rich afirma que Margo debe ser considerada como una persona individual y única que se ha vuelto demente.

No debemos perder de vista que el actual estado mental de Margo no es producto de un evento traumático, sino de un proceso degenerativo continuo y casi siempre gradual, una desintegración del yo marcado por la confusión, la pérdida paulatina de la memoria y otros síntomas que alertan a los pacientes de su decaimiento y causan temor y confusión. Pero ¿acaso la posibilidad de encontrarnos en un estado futuro de aparente felicidad como Margo debería no preocuparnos?, se pregunta Rich. Y para responder a este interrogante apela a un famoso experimento mental formulado por Robert Nozick, conocido como “la máquina de las experiencias”:

“Supongamos que existiera una máquina de experiencias que proporcionara cualquier experiencia que usted deseara. Neuropsicólogos fabulosos podrían estimular nuestro cerebro de tal modo que pensáramos y sintiéramos que estamos escribiendo una gran novela, haciendo amigos o leyendo un libro interesante. Estaríamos todo el tiempo flotando dentro de un tanque, con electrodos conectados al cerebro ... Por supuesto, una vez en el tanque, uno no sabría que se encuentra allí; uno pensaría que todo eso es lo que está efectivamente ocurriendo ... ¿Se encadenaría usted? ¿Qué más puede importarnos además de cómo se sienten nuestras vidas desde adentro? No debe usted abstenerse por razón de los pocos momentos de aflicción entre el momento en que ha decidido y el momento en que se encadena. ¿Qué son unos pocos momentos de aflicción comparados con toda una vida de dicha? (si esto es lo que usted escogió). ¿Y por qué sentir angustia en absoluto, si su decisión es la

mejor? ¿Qué nos preocupa a nosotros, además de nuestras experiencias?”. (Nozick 1988, p. 53)

En concordancia con Nozick y en contra de Dresser, Rich señala que pocas personas elegirían una vida que consistiera sólo en esta clase de experiencias. No sólo ponemos nuestro interés en la calidad de nuestras experiencias: nuestra identidad personal es realmente importante para nosotros. Son las mismas razones por las cuales rechazaríamos ser conectados a la máquina, aquellas por las cuales muchas personas redactan directivas anticipadas con el fin de evitar una existencia prolongada en un estado mental profundamente demente, aun si se les asegurara que los placeres simples que persistirían superarían significativamente al dolor.

Los intereses críticos, como los llama Dworkin, parecen centrales a las vidas de los adultos racionales y competentes. Y bajo el supuesto de que estos intereses son los más importantes, Rich declara que se debería respetar la directiva de no recibir tratamiento ya que esta elección cae bajo el dominio de la soberanía personal. Sin importar lo que fuera a decir el yo futuro hipotético, el que tiene el derecho a decidir es el yo presente real consciente del valor de sus intereses críticos. El dominio moral de este yo presente es la vida de la persona individual, vista narrativamente como un todo unificado en las diferentes etapas y a lo largo del tiempo.

Éste es exactamente el caso de Margo, quien se encuentra en su fase post-personal, pero que ha sido una persona que sostuvo que, entre sus intereses críticos, se encontraba el de no permitir que su vida biológica se prolongara indefinidamente cuando finalizara su vida humana narrativa.

## **5.5. Directivas anticipadas vs. elecciones contemporáneas**

Siguiendo la línea argumentativa de Dresser, en su artículo “Dejar morir a los pacientes: reflexiones morales y legales” (1992), Sanford Kadish examina los aspectos morales y legales de las directivas anticipadas de interrupción de tratamientos médicos basados en la autonomía de los pacientes. Los avances logrados desde inicios de siglo pasado en la medicina de sostén vital, señala, han modificado las razones por las cuales mueren las personas. Las enfermedades degenerativas se han vuelto cada vez más predominantes, lo cual ha transformado el *locus* del morir:

“Los pacientes con enfermedades degenerativas pueden ser mantenidos biológicamente vivos por largos periodos de tiempo por medio de la utilización de drogas y máquinas, a pesar de que la vida sensorial y funcional se haya perdido para siempre”. (1992, p. 858)

Como consecuencia, nuevos interrogantes redefinen nuestras creencias morales más profundas acerca de la vida y la muerte. En esta línea, comienza por afirmar que la preservación de la vida humana es vista por nuestras culturas, casi siempre, como un bien supremo que debe ser protegido. Del mismo modo, quitar la vida intencionalmente a una persona inocente se considera un crimen aberrante en casi todas las sociedades

El derecho a la autonomía es lo que asegura que un paciente pueda rechazar tratamiento médico. Sin embargo, señala Kadish, la decisión autónoma requiere que sea una persona competente quien formule dicha decisión. ¿Qué sucede en el caso en que los pacientes no son competentes? Como se ha visto, estos casos generan un formidable problema conceptual:

“¿Cómo puede el derecho a la autonomía sobre el cuerpo propio tener algún tipo de aplicación cuando el paciente es incompetente para realizar una elección? Sean cuales fueren los derechos que se le reconozcan a una persona incompetente, ¿cómo puede darse la

elección autónoma cuando incompetencia significa precisamente la incapacidad de ejercer la elección?”. (1992, p. 870)

Las directivas anticipadas son una respuesta a estas preguntas. Si el paciente ahora incompetente, cuando aún era competente ejerció su derecho a rechazar el tratamiento médico bajo circunstancias como las que se presentan ahora, entonces parecería correcto dar efecto a dicha elección.

Una de las situaciones en apariencia más fáciles de resolver es el caso de los pacientes que, habiendo realizado una elección sobre su tratamiento futuro en el pasado, se encuentran en el presente en estado vegetativo persistente. Dado que dicha condición irreversible les impide poseer experiencias de cualquier tipo, no habría fundamento para no respetar su elección de morir, realizada cuando aún era competente. Las situaciones más difíciles, señala Kadish, se presentan cuando la persona que ha dejado directivas anticipadas se encuentra hoy incompetente e inhabilitada para ejercer su derecho a la autonomía, pero todavía posee sensibilidad.

Kadish propone que consideremos el siguiente ejemplo:

“La Compositora Entonces es una compositora famosa cuya vida entera se centra en la música. Redacta un poder de representación para atención médica en favor de su hijo, dejándole instrucciones que señalan que si ella se vuelve permanentemente incapaz de disfrutar la música, necesita tratamiento médico para salvar su vida y no se encuentra competente para ejercer dicha elección, entonces no se le debe administrar tratamiento médico alguno para mantenerla con vida ... Años después ella se encuentra precisamente en esta condición, víctima de la demencia senil y, a la vez, de una enfermedad que si bien amenaza su vida es fácilmente curable. Llamémosla Compositora Ahora. Incapaz y sin competencia, como se la entiende tradicionalmente, aun conserva cierta conciencia y posee la capacidad

de sentir. Supongamos que Compositora Ahora sonríe al ver a sus nietos, se encuentra aparentemente c omoda al sentarse en el jardín o al ser atendida y cuando se le habla, y muestra preferencias por ciertas comidas y programas de televisión. Más aún, ella no da señal alguna de no encontrarse c omoda, de tener dolor o de ser infeliz. Finalmente, cuando se le pregunta si ella prefiere que se la deje morir, ella se agita y dice que no, aunque no está claro cuánto entiende". (1992, pp. 871-872)

En este caso, se pregunta Kadish  deber amos dejarla morir? Recordemos que Compositora Entonces no hubiera querido que su vida continuara en dichas circunstancias, pero Compositora Ahora se asusta ante la idea de su muerte. En otras palabras, la elección previa de Compositora Entonces  debe ceder al interés actual de Compositora Ahora de continuar experimentando la vida limitada de la que dispone?

Este caso es similar al caso Margo presentado por Dworkin. De acuerdo con Dworkin, el deseo previo de la compositora deberá ser respetado en función del respeto por su derecho a la autonomía, ya que tal derecho requiere que las decisiones pasadas de las personas sean respetadas aun si no representan e incluso si contradicen, los deseos actuales. Recordemos que la autonomía para Dworkin consiste en el derecho a gobernar la propia vida comprendida como un todo, por lo que este derecho debe extenderse a través de la vida de la persona, incluyendo la etapa de incompetencia (sea permanente o temporariamente).

Kadish concede la fuerza del argumento de Dworkin solo en los casos en que las decisiones previas sean ejecutadas durante períodos posteriores de incompetencia momentánea<sup>43</sup>. Sin embargo, señala, el caso de Compositora es un

---

<sup>43</sup> Kadish en este punto hace referencia al relato que aparece en *Odisea* sobre Ulises y las sirenas. En XII-39, se narra que Ulises preparó a su tripulación para evitar que oyeran la música de las sirenas tap ndoles los oídos con cera. Deseoso de escucharlas él mismo, pero sin sucumbir a su hechizo, se hizo atar a un mástil para no arrojarse a las aguas al oír su música e indicó a sus

caso especial en el cual la autonomía precedente no parecería poseer la misma fuerza que posee en los casos en los que se ejecuta la autonomía contemporánea. Además, la fuerza moral de la autonomía precedente es, en situaciones como las presentadas a través de los ejemplos de Margo y la Compositora, moralmente desplazada por consideraciones de compasión humana.

Ofrece dos argumentos con el fin de señalar las dificultades morales en la implementación de las directivas anticipadas.

En primer lugar, el hecho de que la ejecución de las directivas anticipadas tome la forma de hipótesis futuras las priva de la fuerza moral que sí poseen las elecciones contemporáneas. Es posible que la aparición de nuevos tratamientos, o cambios en la vida de la persona que produjeran cambios en sus actitudes y valores, hicieran que estas directivas se modificaran. Como también ha señalado Dresser (1995), no es extraño que las personas arriben a diferentes conclusiones al considerar una situación hipotética futura y al enfrentar dicha situación de forma real e inmediata. En vista de estas consideraciones, concluye Kadish, omitir las directivas anticipadas no constituiría una trasgresión tan grave en el principio de autonomía como sería omitir una elección contemporánea. Esta conclusión descansa sobre la aceptación de la premisa de que las personas son normalmente los mejores jueces de sus propios intereses, conclusión que se opone a la propuesta de Dworkin.

En segundo lugar, continua Kadish, el motivo por el cual se deben desestimar las directivas anticipadas en el caso de la compositora es que, a pesar de que Compositora Entonces ha manifestado su deseo de que no se le suministre tratamiento, Compositora Ahora ha indicado claramente su deseo de continuar con vida.

---

marineros que, sin importar sus ruegos u órdenes, respetaran su pedido precedente de no ser desatarlo e ignoraran el pedido realizado bajo el influjo de las sirenas.

No cabe duda, señala Kadish, que si este pedido fuera realizado por una persona competente, debería ser respetado. Que se trate de una persona incompetente, sin embargo, no es motivo suficiente para que sea desestimado. La competencia, sostiene, es una cuestión de grados y su umbral depende de la clase de decisiones que entren en juego:

“Las personas discapacitadas muestran capacidades diferentes al pensar, razonar y evaluar, y algunas acciones requieren menos de estas capacidades que otras. Una persona puede no ser competente para hacer un testamento, por ejemplo, pero ser perfectamente competente para elegir si mirar televisión o ir a la playa. Me parece que la expresión del deseo de vivir, aun en una persona incompetente para muchas otras cosas, tiene derecho a ser atendida, aunque no posea la misma importancia que una expresión completamente competente”.  
(1992, pp. 874-875)

Hay dos razones ulteriores, señala Kadish, que sirven de apoyo a este argumento: en primer lugar, la universalidad de la lucha por la supervivencia que puede verse en todos los seres vivos, lo que debería impedir que se descalifique un deseo expreso de vivir simplemente debido a las limitaciones cognitivas de la persona. En segundo lugar, la importancia de lo que se encuentra en juego, es decir, terminar con la vida de una persona cuando se podría haber evitado, lo cual conlleva graves consecuencias morales.

Kadish reafirma su posición en contra de Dworkin declarando que un punto central de la autonomía es promover la libertad de decidir por uno mismo, ya sea que uno decida con autenticidad y un sentido de coherencia o sólo basándose en las preferencias inmediatas y los impulsos transitorios. Si bien la elección de Compositora Entonces, aquella que realizó cuando se encontraba en plena posesión de sus facultades, no es algo trivial, continúa Kadish, no posee una significación determinante. Si se le niega el tratamiento que salvaría su vida, el



daño que resultaría de dicha acción sería inmediato y palpable, se estaría poniendo fin a una vida de experiencias limitadas pero felices; si, por el contrario, se le brindara el tratamiento necesario para que continuara con vida, también se estaría realizando un daño, pero sería remoto e intangible, dado que sería la violación de un tipo de autonomía precedente que hoy se encuentra muy distante de lo que son sus circunstancias presentes.

La beneficencia, para Kadish, tendría en este caso mayor peso moral que la autonomía. Sin embargo, no es una afirmación fácil de sostener:

“Aun aquellos que eligen, como yo, otorgar a la compasión humana el peso más grande, se enfrentan al problema de determinar si la elección parte de un juicio racional y reflexivo o es sólo una respuesta refleja y visceral que debería ser sierva y no amo de nuestro juicio. Esto da lugar a una importante pregunta acerca de los fundamentos de nuestros juicios morales, que se encuentran más allá de mí”. (1992, p. 876)

Es cierto que el conocimiento de los valores que guiaron la vida competente del paciente y de sus deseos para el futuro poseen gran importancia a la hora de tomar decisiones sobre su salud actual, pero hay otro tipo de consideraciones que también deben ser tenidas en cuenta: las experiencias actuales del paciente. Y en relación con la decisión de dejar morir a una persona o mantenerla con vida, son éstas las que poseen mayor peso. El principio de autonomía, concluye Kadish, controla la decisión de si se debe dejar morir a un paciente cuando existe una elección competente y contemporánea. En todos los demás casos, es tan solo uno entre muchos otros factores a considerar. Del mismo modo, aunque una directiva anticipada competente tiene fuerza, carece de la fuerza moral concluyente de una elección contemporánea.

## 5.6. Identidad actual e intereses actuales

Respaldando a Kadish en su defensa de la propuesta de Dresser, en su artículo “Retirando el soporte vital a las personas con demencia” (1995), Daniel Callahan analiza las circunstancias en las cuales debería permitirse retirar el soporte vital. Para ello, señala, a la hora de tomar decisiones se deben contemplar

“(1) nuestros conocimientos de la vida interna y personalidad de quienes sufren de demencia (especialmente de Alzheimer); (2) los mensajes, simbólicos y literales, acerca de la demencia, los que podrían ser transmitidos a la sociedad a través de alternativas prácticas y políticas; y (3) las consideraciones económicas implicadas en las decisiones acerca del bien de los pacientes individuales”. (1995, p. 25)

Señala también dos problemas a los que debe prestarse especial atención. Uno de ellos consiste en determinar la fuerza que poseen las directivas en relación con el cuidado de las personas con demencia. Sería ideal, sostiene Callahan, que las personas dejaran directivas anticipadas, detallando sus deseos en caso de volverse incompetentes, o al menos nombrando a alguien para que tome dichas decisiones cuando ellas sean incapaces de hacerlo. Sin embargo, como Kadish ha mostrado, no es fácil ponderar dichas directivas anticipadas cuando se considera suspender el tratamiento vital en pacientes que, aunque dementes, expresan de algún modo su deseo de seguir viviendo. La distinción de Dworkin entre los intereses de experiencia y los intereses críticos no constituyen una respuesta adecuada, sostiene Callahan, para justificar la validez de dichas directivas.

Su propuesta se basa en tomar en consideración el yo actual del paciente que encuentra aceptable vivir en un estado que, siendo competente, no aceptaba. Pero, se pregunta, ¿qué sucede si el paciente previó esta situación y, a pesar de ello, dejó instrucciones de no recibir tratamiento de soporte vital? si ese fuera el caso, deberíamos aún responder al siguiente interrogante:

“¿Cómo puede alguien de manera racional determinar con anticipación e irrevocablemente bien lo que querrá en una situación que nunca antes ha experimentado? Parece correcto dudar de sus declaraciones tempranas cuando vemos con nuestros propios ojos a un paciente que se siente bien y no desea morir”. (1995, p. 26)

Callahan dirige su análisis al problema de la identidad personal en los pacientes con demencia, pero considera indispensable determinar con anterioridad si acaso puede hablarse de identidad personal en los pacientes con demencia, caracterizándola como “la capacidad de poseer sentimientos y de ser consciente de ellos, de razonar y ser capaz de tomar decisiones y de entablar relaciones con otras personas” (1995, p. 26). Una persona que posee al menos una de dichas capacidades, debe ser considerada como portadora de ciertos rasgos de identidad personal, aun si son limitados.

Esta definición implica moralmente que, a menos que el individuo se encuentre en un estado vegetativo persistente, se debe asumir que posee el mismo deseo de vivir que las personas que cuentan con todas las capacidades enunciadas por Callahan. Esto implica, a la vez, que deberían recibir el mismo tipo de atención médica que los pacientes sin demencia, atendiendo a sus expresiones emocionales o de otro tipo. Incluso, advierte, debemos ir más lejos en nuestras observaciones y considerar que la ausencia de reacciones emocionales o de lenguaje en estos pacientes no significa necesariamente que los procesos mentales se hayan detenido. Además de las funciones perdidas, se deben reconocer las funciones que el paciente demente aún preserva las que deben ser utilizadas y tenerlas en consideración a la hora de contemplar sus preferencias.

Callahan concluye que no hay razones de por sí evidentes para justificar que quien sufre de demencia severa deba ser tratado de manera diferente de lo que se trata a otro paciente que presenta cierta discapacidad. En las etapas tempranas de la enfermedad no se suelen evitar los tratamientos de soporte vital, sino que se

aplican numerosas terapias para lograr mejoras o, al menos, detener su avance. En las últimas etapas, declara Callahan, deberían implementarse las mismas medidas aunque, concede, una vez que se perdió por completo e irremediablemente el contacto con quienes lo rodean, debería optarse por los cuidados destinados a mantenerlo a salvo del dolor. Pero incluso entonces, se lo debe diferenciar del paciente en estado vegetativo persistente en el cual no quedan rastros de identidad personal.

Este análisis ofrece una respuesta parcial a la pregunta de si la demencia, desde la perspectiva de la identidad personal, debería ser tratada como cualquier otra enfermedad en relación con las decisiones de retiro de soporte vital. En el caso de la demencia uno de los mayores problemas lo constituye la significación que tiene la enfermedad para la mayor parte de la gente. La justificación de las directivas anticipadas para el retiro de soporte vital se suele fundar simplemente en el miedo y en la ansiedad generados por la posibilidad de enfrentarse con un diagnóstico de este tipo. Al igual que Dresser, Callahan advierte que, en el imaginario social, la muerte de la mano del Alzheimer no se condice con la idea de una muerte digna.

Esta condena simbólica, señala Callahan, es lo que hace que consideremos más fácil retirar el soporte vital a las personas dementes de lo que consideramos la misma decisión en el caso de otros pacientes incompetentes. Y el respeto a las directivas anticipadas, que puede verse como un favor hacia el enfermo de Alzheimer en términos de reducción de su ansiedad hacia el futuro, contribuye también a estigmatizar esta condición, dificultando la aceptación social necesaria para hacer más tolerable de la vida de los pacientes con demencia y la vida de sus familias.

Para evitar caer en estos problemas, Callahan propone un enfoque alternativo. En primer lugar, señala que

“El bienestar de la persona con demencia debe sentar precedente por sobre cualquier otra consideración (aunque no debe reemplazarlas por completo) y para ello, la pregunta acerca de la identidad personal es central”. (1995, p. 29)

En segundo lugar, dado que los individuos difieren en sus respuestas hacia la demencia, es necesario establecer un criterio de toma de decisiones acerca de la suspensión de tratamiento para estos pacientes que sea lo suficientemente flexible para dar cuenta de estas diferencias. También se debe tomar en consideración el grado de avance de la enfermedad: no se pueden comparar las etapas tempranas a las últimas.

Finalmente, quien sea responsable de tomar la decisión de si acaso dichas directivas deben respetarse debe encontrarse libre de toda clase posible de prejuicios que se desprendan de sus propias respuestas emocionales a la condición del paciente, recordando en todo momento que no es su propio bien el que se halla en juego, sino el bien del paciente. Para ello, no debe recurrir a la familiar noción de “calidad de vida” dado que, advierte Callahan, al no contar con datos fehacientes, no podemos afirmar con certeza que la demencia se traduzca necesariamente en una mala calidad de vida para los individuos. Y aunque sepamos que así lo fue para la persona en las etapas tempranas de su condición, no es necesario que así lo sea en sus etapas finales, en las que el paciente está menos consciente de su propio deterioro:

“Aquí yace en particular la tentación de confundir nuestra propia angustia con la del paciente y considerarla suya; el paciente puede o no sentir lo mismo y no poseemos modo certero de saberlo. En tanto adoptemos esta perspectiva aumentarán las posibilidades de realizar un juicio certero”. (1995, p. 29)

Propone tres estándares que deben ser tenidos en cuenta: primero, nadie debería vivir más allá de los estados avanzados de demencia de lo que se vivía en

una era pre-tecnológica de la medicina, ya que la medicina moderna debería ser una opción a considerar sólo en casos en que prometa un claro beneficio. Segundo, cuanto más avanzado sea el daño causado por la demencia, más legítimo será abandonar los estándares habituales de tratamiento. Tercero, quien se encuentre a cargo de las decisiones sobre tratamiento tiene tanto la obligación de promover la salud y la vida como la obligación de evitar una muerte dolorosa y degradante.

Su propuesta presenta la ventaja de que puede contribuir a neutralizar, o al menos a reducir, el riesgo de estigmatización que se deriva de un temor general hacia la enfermedad.

## **5.7. Autonomía y deseos individuales**

En su artículo “Autonomía precedente: intervenciones de sostén vital y el paciente con demencia” (1999), Michael Newton analiza la propuesta de Dworkin y ofrece su apoyo a esta perspectiva señalando, además, los errores en los que incurren Dresser, Callahan y Kadish al oponerse a la misma.

Dworkin, como se dijo, defiende la idea de que el paciente demente es el mismo que era antes de su la enfermedad. Dresser, por el contrario, argumenta que la pérdida de memoria y otros cambios psicológicos pueden producir una nueva persona. Kadish defiende una postura intermedia, dado que no afirma que se trate de la misma persona, pero tampoco considera al paciente demente como una persona diferente. Newton, siguiendo a Bernard Williams, defiende la postura de que la identidad personal radica en la continuidad del cuerpo, sosteniendo que nuestras preocupaciones futuras son preocupaciones sobre nuestros cuerpos. Esta perspectiva garantizaría la validez de la autonomía precedente.

Newton sostiene que un resultado no deseado que se desprenda de una decisión autónoma no hace de por sí que dicha decisión pierda fuerza moral:

“La naturaleza de la decisión autónoma se define por su ser intencional, comprensivo, y libre de influencias controladoras. No hay un sentido en el cual la acción autónoma necesite ser revocable, ni deben los posibles resultados ser claros. En verdad, raramente lo son. Podemos sentirnos descontentos con el tamaño de nuestra familia, con nuestra interminable carrera, o con una antigua decisión de rechazar la quimioterapia para el cáncer. Cada una de estas acciones nos lanzó a reinos impredecibles, sin embargo no por eso son menos autónomas”.  
(1999, p. 191)

Las acciones autónomas no necesitan concordar con los mejores intereses del autor. La prueba indiscutible del respeto a la autonomía consiste en respetar las decisiones de las personas aun cuando estemos convencidos de que dichas decisiones no se corresponden con, e incluso se opongan a, sus mejores intereses. Y la autonomía precedente es una prueba de ello: su fuerza deriva de respetar al individuo y permitirle expresar su propio punto de vista acerca de una muerte con sentido que se corresponda con el sentido que le ha dado a su vida a lo largo de los años. En concordancia con el modelo de la integridad presentado por Dworkin, Newton respeta el deseo del paciente de vivir sus últimos días conforme a sus intereses críticos.

Newton reconoce sólo cuatro enfoques posibles que pueden adoptarse en relación con esta problemática: considerar que el paciente demente es el mismo que era antes de su enfermedad; considerar que este paciente es ahora una persona diferente de la que era previamente a su enfermedad; considerar que en casos de pacientes dementes no puede, en absoluto, hablarse de identidad personal; o considerar que el problema de la identidad posee poca importancia.

Señala, entonces, cuatro puntos a considerar para determinar la pertinencia de la aplicación de la autonomía precedente a la resolución de estos casos:

“El primero es el estadio de demencia. El segundo es el grado de certidumbre que poseemos sobre a los deseos individuales: el paciente puede haber dejado una directiva, puede haber dado a conocer sus deseos de una manera general, o puede no haber dejado ningún indicio de sus inclinaciones. El tercero es el acto que se requiere de los trabajadores de la salud: suicidio asistido, eutanasia activa, o las limitaciones en el esfuerzo terapéutico aún a riesgo de vida. El último es el posicionamiento del paciente en el continuo que va de la satisfacción al dolor”. (1999, p. 189)

En su análisis, el autor solo va a considerar los casos en los cuales un individuo que formuló directivas anticipadas mientras era competente e indicó su rechazo a tratamientos de sostén vital en caso de encontrarse incompetente, se volvió incompetente y necesita de dichos tratamientos. En escenarios semejantes intenta probar la irrelevancia de cuestiones asociadas con la felicidad, invocada por quienes desestiman la validez de la autonomía precedente en las directivas anticipadas.

Este último punto es central en la propuesta de Newton. Las razones que ofrece el autor para desestimar el estado emocional en el que se encuentran los pacientes dementes al momento de tomar la decisión de si respetar sus directivas, giran en torno del mismo interrogante que han tratado de responder los autores que hasta ahora hemos analizado en este capítulo: ¿debemos respetar el pedido formulado por el individuo cuando era competente de no aplicar tratamientos de sostén vital en el momento en que ya no lo sea y muestre preferencias contrarias a las anteriormente manifestadas?

La principal razón que aduce Newton es que la fuerza moral de la autonomía se expresa en las creencias que motivan nuestras decisiones más personales. El



derecho a rechazar tratamiento médico se apoya en este derecho, sea actual o bajo la forma de un derecho precedente. Y no puede ser desplazado por otras consideraciones.

Siguiendo a Dworkin, Newton defiende la idea de que dichas directivas anticipadas deben ser respetadas. La autonomía debe respetarse, aún cuando tome la forma de autonomía precedente y no puede ser desplazada por otros intereses morales, especialmente por la beneficencia. En este punto, Newton analiza la propuesta de Kadish (quien aboga por mantener con vida a estos pacientes apelando al principio de beneficencia) y señala que aquél incurre en una contradicción ya que permite afirmar que la autonomía precedente, dependiendo del caso, puede ser tanto válida como inválida: válida en el caso de los individuos en estado vegetativo persistente, inválida en el caso de individuos con demencia severa, pero aún capaces de sentir placer y dolor.

Por otro lado, la objeción de Kadish a que las directivas anticipadas eliminan la posibilidad de que la persona cambie de parecer o a la aplicación de nuevos tratamientos que puedan llegar a ser desarrollados, piensa Newton, no es problema para la autonomía precedente. Newton señala acertadamente que las directivas anticipadas unen invariablemente su validez a la inexorable naturaleza de la enfermedad. Pero si nuevos avances en los tratamientos pudieran lograr que la persona volviera a ser competente, dicha intervención sería ciertamente permitida y no consistiría en una violación de la autonomía precedente ya que dicha autonomía habría sido ejercida para evitar una clase de vida que, efectivamente, podría evitarse.

Procede también a responder al argumento presentado por Kadish de que la elección autónoma requiere que quien la tome sea competente y, dado que la competencia es un asunto de grados, el paciente incompetente podría ejercer de algún modo su elección. El error de Kadish, señala, consiste en inferir la elección autónoma del paciente a partir de la interpretación de lo que serían sus propias

preferencias (verlo sonreír, verlo agitarse si se le habla de la posibilidad de morir, etc.).

La autonomía de preferencias, declara Newton, es un concepto forzado y raramente invocado, en razón de que es muy difícil ofrecer una defensa convincente de este punto de vista limitado de la autonomía.

Los críticos a su postura enfatizan que no podemos saber cómo sería una vida con demencia, sugiriendo que puede ser mejor de lo que se espera. Pero, se pregunta Newton ¿qué sucede si es peor? Si las preferencias pueden constituir una elección autónoma contemporánea, declara Newton, entonces los pacientes con demencia que se muestran descontentos con su estado actual verían sus directivas anticipadas implementadas. Quienes se oponen a la validez de la autonomía precedente, declara, no parecen considerar estos casos. Además, es probable que Kadish acuerde con que no se brinden tratamientos de sostén vital a pacientes en cuyas directivas anticipadas hayan expresado su deseo de recibirlas y que, en su estado de demencia actual, además parezcan “preferir” morir<sup>44</sup>.

Quienes, como Kadish, ven estas directivas como una forma de consentimiento informado que requiere que las personas conozcan lo más posible las implicancias futuras de su enfermedad y de las decisiones sobre sus tratamientos, señala Newton, no se oponen a la noción de autonomía precedente en sí, sino que cuestionan la validez de las directivas anticipadas en tanto parecerían no importarle demasiado al público en general. Newton considera dicha propuesta como demasiado restrictiva.

Es poco común y difícil de lograr, aunque las intenciones estén dadas, que los profesionales de la salud y los pacientes se involucren en profundas discusiones antes de tomar decisiones sobre los tratamientos. El consentimiento informado, sostiene, no se extiende tanto como Dresser propone. Un diálogo

---

<sup>44</sup> Newton piensa aquí en pacientes que rechazan el alimento, que se niegan a moverse, que se muestran constantemente atemorizados y manifestaciones similares.

abierto en torno de los riesgos, beneficios y alternativas, junto con otros materiales informativos que requiera el paciente, es suficiente. Y, agrega, este estándar de consentimiento informado debería aplicarse sólo en los casos en que la decisión tuviera un significativo impacto en la duración y calidad de vida.

Newton propone una nueva alternativa: la autonomía precedente puede ser vista también como una suerte de juicio sustituto, que se realiza en el pasado hacia un futuro incierto y que expresa lo que el yo actual desea que se haga con el yo futuro. Para eliminar todo rastro de duda sobre problemas relacionados con la identidad personal, las directivas anticipadas deberían explicitar que frente a un evento de radical cambio psicológico, mi cuerpo permanece y representa mi yo persistente. “Si toda la personalidad parece perdida, declaro que mi cuerpo es, por lo menos, mi pariente más cercano. Por lo tanto, mi autonomía precedente prevalece” (1999, p.196).

Si como sus oponentes sugieren, muchas personas desean que sus vidas sean mantenidas, aun sufriendo de demencia severa o incluso si desearan que no lo fueren, en cualquier caso resulta evidente que en el futuro los individuos tendrán que especificar no sólo lo que quieren que se haga con ellos, sino también su punto de vista sobre lo que constituye la persistencia de su yo y su relación con sus cuerpos.

## **5.8. Discontinuidad de intereses y directivas anticipadas**

Helga Kuhse retoma el dialogo de los autores examinados y, en particular, analiza las objeciones realizadas a las directivas anticipadas que se basan en la afirmación de que existe una discontinuidad de intereses y de identidad personal, entre el momento en que una persona redacta dichas directivas y el momento en que comienza a sufrir de demencia severa. Siguiendo el hilo de la discusión, en su

artículo “Reflexiones en torno del problema de las directivas anticipadas, la personalidad y la identidad personal” (1999) su análisis centrado en la moralidad de las decisiones de rechazo de tratamiento de soporte vital, argumenta que la continuidad psicológica no implica que dichos pedidos de rechazo puedan ser desestimados.

Para Kuhse, todo ser humano adulto y en posesión de plena razón tiene el derecho a determinar qué hacer sobre su cuerpo. Las leyes que amplían estos derechos, aprobadas en las últimas décadas en cada vez más países, muestran que se está abandonando progresivamente la idea de que mantener y prolongar una vida es un deber absoluto. En su lugar, se acepta cada vez más la premisa de que los pacientes competentes y debidamente informados sobre las consecuencias de sus actos poseen un derecho tanto legal como moral a rechazar tratamiento médico no deseado, incluyendo el de soporte vital. También parece tener cada vez más aceptación la figura de las directivas anticipadas como modo de hacer valer dicho derecho en el futuro cuando ya no pueda decidir, detallando en ellas los tratamientos que desea o no el paciente o bien señalando quién será el encargado de tomar dichas decisiones:

“... dado que la muerte es a menudo precedida por un periodo de incapacidad cognitiva, las directivas anticipadas parecen ofrecer un modo simple y moralmente defendible de guiar las decisiones médicas de acuerdo con los valores y creencias del paciente que ha sido competente”. (1999, p. 348)

Esta posibilidad ofrece una sensación de control sobre nuestras vidas futuras y colabora con los profesionales de la salud y las familias, quitándoles de encima la carga de tomar decisiones sobre la calidad de vida del paciente y el tratamiento correspondiente en cada caso. Sin embargo, señala Kuhse, a pesar de estas aparentes ventajas de las directivas anticipadas, algunos autores las ven como problemáticas. Algunos argumentan que las especificaciones realizadas en este

tipo de directivas no suelen ser lo suficientemente detalladas como para despejar cualquier duda sobre los tratamientos; otros señalan que estas directivas no expresan la autonomía de los pacientes dado que en general se formulan sobre un conocimiento poco preciso sobre su estado futuro.

Ese estado de incertidumbre, piensa Kuhse, no invalida las directivas anticipadas. Sin embargo, le interesa analizar la observación de Dresser<sup>45</sup> de que, en algunos casos, las directivas anticipadas pueden ser desestimadas, especialmente cuando el paciente demente muestra interés en seguir viviendo, aunque haya estipulado mientras era competente que no deseaba tratamiento de soporte vital en el futuro.

La mayoría de las personas, sostiene, considera a la demencia severa como un destino aun peor que la muerte, tal vez por cuestiones relacionadas con el sufrimiento corporal o con la angustia que se suele asociar a los pacientes que se encuentran en este estado. Un temor más fuerte tiene que ver con el proceso de pérdida de la personalidad que la enfermedad produce en quienes la sufren. Quienes desean protegerse de dicho destino, sostiene Kuhse, poseen la opción de redactar directivas anticipadas, estipulando que rechazan todo tipo de tratamiento de soporte vital.

En los casos en los que el paciente se encuentra en un estado vegetativo persistente, o en estadios muy avanzados de la enfermedad de Alzheimer que van acompañados de agitación y muestras de angustia por parte de los pacientes, no parecería haber demasiados motivos para rechazar dichos pedidos. Pero existen determinadas situaciones en las cuales estas directivas producen preocupaciones en los encargados de ejecutarlas, dado que se manifiestan contrarias a los mejores intereses de la persona ahora incompetente.

---

<sup>45</sup> Ver capítulo 5, apartado 5.3.

Un caso de este tipo es el de Margo presentado por Dworkin<sup>46</sup>. Kuhse nos propone suponer que, años atrás, Margo fue una filósofa que consagró su tiempo a la reflexión sobre problemas complejos. Y que mientras era competente, redactó un documento de directivas anticipadas. Fue informada de modo adecuado sobre las consecuencias de sus decisiones y comprendió a la perfección que la demencia afecta de diferente modo a las personas y que, mientras algunas terminaban sus días con angustia y miedo, otras llegaban al fin de su vida sin haber tenido ni un momento de infelicidad. A pesar de ello, la profesora Margo decidió que sin importar el estado en el que se encontrara (inmensamente feliz o profundamente infeliz) ella quería que se le permitiera morir cuando se viera afectada su salud. Supongamos entonces que la profesora Margo, ahora demente, contrae neumonía, enfermedad fatal a menos que se le proporcionen antibióticos. ¿Qué deberíamos hacer en este caso? se pregunta Kuhse ¿tratarla por su enfermedad o respetar sus directivas anticipadas?

Los críticos de la validez de las decisiones precedentes señalan que no existe suficiente continuidad de intereses entre la persona competente que redacta las directivas anticipadas y la persona incompetente que será en un futuro como para poder justificar la implementación de estas directivas sobre la última. No se trata, para ellos, de la misma persona en ambos casos. Kuhse se opone a estas críticas apoyando la idea de autonomía precedente expuesta por Dworkin<sup>47</sup>. De acuerdo con esta perspectiva, si bien los pacientes incompetentes poseen cierto tipo de intereses, los intereses de la persona entonces competente tienen más valor que los de los incompetentes. Esto es debido a que la persona competente que redacta una directiva anticipada toma en cuenta no sus intereses de experiencia, sino sus intereses críticos, es decir, aquellos de acuerdo con los cuales guía su vida como un todo porque, señala Kuhse,

---

<sup>46</sup> Ver capítulo 5, apartado 5.2.

<sup>47</sup> Ver capítulo 5, apartado 5.2.

“... son moralmente más significativos que nuestros intereses de experiencia, como comer helado, mirar televisión, experimentar estados de bienestar en lugar de estados de dolor, etcétera. La razón es que nuestros valores y proyectos otorgan coherencia a nuestras vidas y la proveen de una estructura narrativa que las determina como nuestras”. (1999, p. 354)

Dado que la continuidad entre diferentes estados mentales admite gradación, señala la autora, es problemático determinar el momento en el cual una persona deja de existir y es reemplazada por otra. Los extremos, que una persona aún muestre fuertes conexiones psicológicas o que se encuentre carente de ellas como sucede en un estado vegetativo persistente, son casos simples a la hora de determinar si se trata de la misma persona o no la que redactó las directivas anticipadas. El problema radica en determinar la validez de estas directivas cuando la conexión y la continuidad psicológica no son del todo fuertes pero tampoco están ausentes, como suele darse en el caso del Alzheimer:

“[cuando] la enfermedad ha progresado más allá de las fases iniciales ... pero no ha resultado aun en la pérdida total de la conciencia. Los pacientes que se encuentran en esta amplia categoría sufrieron diferentes grados de daño neurológico permanente, experimentan la pérdida de la memoria de una manera moderada o severa ... y su habilidad para mantener sus deseos y proyectos más simples se ve gravemente reducida y, en algunos casos, anulada”. (1999, p. 355)

Frente a este problema, Kuhse propone un enfoque alternativo que distingue entre la pregunta de si acaso se ha perdido la identidad y la de si acaso se ha perdido la identidad personal, señalando que a pesar de que exista cierto tipo de continuidad psicológica entre la persona competente y la incompetente, de ello no se sigue que se pueda hablar de identidad personal en un sentido estricto.

La perspectiva de Kuhse se apoya en la tradición lockeana pues define a las personas de acuerdo con los siguientes rasgos: poseen la capacidad de actuar racionalmente, son autoconscientes y poseen agencia. Además poseen la capacidad de verse a ellos mismos como existiendo a lo largo del tiempo, no sólo en el presente. (Kuhse & Singer 1985; Kuhse 1987).

De acuerdo con su perspectiva, si comprendemos a las personas no como meros seres humanos, sino como poseedoras de dichos rasgos arriba enunciados, deberíamos conceder entonces que existen ciertos individuos humanos que no son personas. Este es el caso, señala Kuhse, de quienes sufren de demencia severa en las etapas más avanzadas de la enfermedad de Alzheimer. Y esto es así porque ya no poseen las capacidades cognitivas que les permiten ser reconocidas como personas.

Si un individuo que sufre de demencia severa no es una persona, se seguiría de eso que, al igual que un individuo en estado vegetativo persistente, no puede tratarse de la misma persona que el autor de las directivas anticipadas. En relación con las consecuencias de sus afirmaciones dice Kuhse:

“Sin embargo, existe una diferencia moralmente relevante entre estos dos grupos de pacientes. Los pacientes que sufren de demencia severa, pero no así los que se encuentran en un estado vegetativo persistente, son capaces de experimentar estados de conciencia y poseer intereses. Esta es la razón por la cual el problema en torno de las directivas anticipadas es planteado de modo tan conmovedor en el caso de estos pacientes: si un paciente como Margo en un tiempo posterior no es la misma persona que la autora de las directivas anticipadas en un tiempo anterior, y parecería que obtiene algún beneficio por parte del tratamiento de soporte vital, ¿qué clase de justificación se podría dar para permitir que muriera?”. (1999, pp. 356-357)



La defensa de las directivas anticipadas que propone Kuhse se basa en el valor que los intereses a proteger por estas directivas tuvieron, en su momento, para el autor de las mismas. Las personas, declara la autora, poseen intereses sobre lo que les sucederá tras su muerte. Por esta razón transmiten si les gustaría ser enterrados o cremados, o si acaso desean o no ser velados. El valor de las directivas anticipadas radica en la tranquilidad que nos produce el conocimiento de que nuestros deseos serán respetados aún cuando ya no existamos.

Defendiendo una postura que desafía la perspectiva de la santidad de vida humana, Kuhse señala que no existe conflicto moral al dejar morir a un paciente si lo estipuló él mismo en un documento de directivas anticipadas. Y apoya sus justificaciones en los diferentes intereses que poseen las personas, que se extienden y deben ser respetados más allá de que esa persona se haya perdido.

### **5.9. Autonomía precedente e identidad personal**

Michael Quante asume una defensa de las directivas anticipadas considerándolas herramientas éticamente aceptables para prolongar la autonomía de los individuos. Señala que los argumentos, como los de Dresser, esgrimidos en contra de la legitimidad de estos documentos son resultado de ciertos equívocos en torno de la identidad personal.

En su artículo “Autonomía precedente e identidad personal” (1999), Quante analiza los debates en torno del problema de la autonomía cuando colisiona con ciertas formas de paternalismo. La discusión se basa, señala el autor, entre dos perspectivas encontradas: la que entiende la noción de identidad personal como persistencia y la que postula una noción biográfica o narrativa.

Advierte la dificultad de discernir si las directivas anticipadas deben ser respetadas en estos casos particulares presentados por quienes se oponen a la

validez de estos documentos como prueba de su ineficacia, en los cuales el problema de la persistencia de la identidad personal a través del tiempo parece interferir con la defensa del valor de la autonomía. En estos casos, no hay acuerdo en torno de dos concepciones de la identidad personal. Por un lado, la identidad personal desde la perspectiva de la permanencia es un enfoque que busca determinar cuáles son los criterios constitutivos de la persistencia de una persona. Por otro lado, la identidad personal vista como personalidad narrativa o la identidad biográfica es un enfoque que considera a este tipo de identidad como dependiente de un complejo grupo de valores, preferencias y creencias, a través de los cuales las personas se definen. Es este segundo tipo de identidad, afirma Quante, y no la que hace referencia al problema de la persistencia, la que interesa al contexto de la bioética.

Confundir estos dos sentidos de identidad es lo que a menudo ha llevado a algunos de los autores inmersos en este debate a profundos equívocos: se debe separar la cuestión de si el mismo individuo persiste en el tiempo de la cuestión de si existe la continuidad de la personalidad en la biografía de una persona. Las descripciones del ejercicio de la autonomía expresado en las directivas anticipadas, por lo tanto, difieren de las relaciones temporales.

Como se ha visto en los apartados anteriores, estas descripciones suelen presentar la siguiente forma:

“... X, siendo competente, ha formulado una directiva anticipada en el tiempo  $t$ , que expresa lo que desea para su propio futuro. Esta directiva anticipada dice que X, ahora incompetente y en la condición especificada en la directiva anticipada ( $= t'$ ), no quiere tener ningún tipo de tratamiento para prolongar la vida”. (Quante 1999, p. 366)

Quante procede al análisis de cuatro tipos de casos que cree que pueden incluir todas las presentaciones realizadas en torno del debate entre directivas anticipadas e identidad personal.

Las situaciones que el autor llama casos A son aquellas en las cuales una persona decide, en algún momento de su vida (= t), que desea donar sus órganos después de su muerte (= t'). Si entendemos la muerte en el sentido de "dejar de existir", señala Quante, entonces este caso representa un ejercicio de la autonomía precedente aceptado sin apelar a la persistencia. Esto es así ya que la persona (en t) y el cadáver (= t') son diferentes en el sentido metafísico de persistencia. Este caso, señala el autor, nos sirve para demostrar que la persistencia no es una condición necesaria para legitimar las directivas anticipadas, al menos no en todos los casos.

Los casos B son aquellos en los cuales una persona formula (en t) una directiva anticipada que prohíbe que se le administre tratamiento en determinadas condiciones, las cuales incluyen el momento en que ya no es más competente. Luego, se halla en esas condiciones (= t'), pero el tratamiento médico podría restaurar su antigua personalidad y competencia (= t"). Estos ejemplos que se formulan como casos de pérdida *reversible* de la competencia y la identidad personal son a menudo presentados como un argumento en contra de la validez total de las directivas anticipadas. Quante señala que, en tales casos, no hay razones para respetar dichos pedidos. Así pues, no logran su cometido de restar validez a las directivas anticipadas, ya que la esencia misma de estos documentos implica la idea de que deben ser cumplidos cuando la identidad personal, o para el caso, la competencia, no puedan ser restauradas.

Un problema más interesante para los defensores de las directivas anticipadas es el que resulta de la formulación del tercer tipo de casos. Los casos C son los que presentan una situación en la que una persona pierde su competencia y su identidad personal de manera irreversible, por lo cual las decisiones se deben tomar apelando a la distinción entre los intereses fundamentales del individuo, es decir, sus valores y creencias más profundos que son parte esencial de la biografía de la persona, por un lado, y los intereses de la experiencia, como la capacidad de sentir placer y dolor o experimentar ciertas

emociones básicas, por el otro<sup>48</sup>. En este tipo de casos, el proceso de pérdida de la identidad es irreversible y el problema consiste en determinar si acaso una directiva anticipada se debe respetar en el momento en que la primera clase de intereses se ha perdido y el individuo sólo cuenta con intereses de la segunda clase.

Finalmente, el último tipo de casos que Quante reconoce son los casos D, los cuales resultan aún más problemáticos que los anteriores, pues son los que implican cambios en la personalidad. Presentan tres formas. En D.1 la pérdida de la identidad y la competencia es reversible, pero el tratamiento para restaurar estas condiciones provocará cambios profundos en la personalidad. Así es como el resultado será una nueva personalidad. Y el problema es el siguiente: si esta persona ha formulado una directiva anticipada en el momento  $t$  que prohíbe el tratamiento médico ¿deberá ser respetada o debe anularse frente al hecho de que será competente en  $t'$  aunque con una personalidad completamente diferente?

En D.2 el caso es diferente. Se trata de imaginar que una persona es competente en todo momento y hasta el momento  $t$  posee una cierta personalidad, pero en el intervalo  $t''$  por alguna causa cambia radicalmente. Sin embargo su antigua personalidad podría ser restaurada por medio de un tratamiento médico. Estos son los casos, señala Quante, en los que podemos hacer referencia a los llamados “contratos de Ulises”:

“En dichos contratos, la persona declara (antes del cambio de personalidad) que desea que se aplique tratamiento médico, incluso si se da el caso de que manifieste no estar de acuerdo [con su pedido previo] en el intervalo  $t''$  en el que presenta una personalidad diferente. Su consentimiento previo y su disidencia actual están ahora en conflicto, y se debe determinar a qué afirmación competente atender y

---

<sup>48</sup> Quante apela en la presentación de este caso a la distinción presentada por Dworkin entre *intereses críticos* e *intereses de experiencia*. Ver capítulo 5, apartado 5.2.

cuál expresa la identidad "verdadera" (o "profunda" o "real") de la persona". (1999, pp. 368-369)

La pregunta que surge de estos casos en los cuales existe un conflicto entre el pedido anterior y la manifestación autónoma actual, es ¿deben ser respetados estos contratos en vista de que la personalidad del individuo será restaurada a su momento original, momento en el cual redactó el contrato?

Un tercer y último caso es conformado por los ejemplos que Quante clasifica como D.3. Supongamos que el tratamiento médico durante t" da lugar a un cambio profundo y radical de la personalidad, de modo que la personalidad anterior no se restaura pero una nueva (tercera) se instala. Uno puede preguntarse si la diferencia (la existencia de una nueva personalidad en comparación con la restauración de la previa) con el caso anterior plantea a la vez una distinción ética. ¿Los "contratos de Ulises" tienen la misma fuerza vinculante si los resultados del tratamiento generan una nueva personalidad?

De todas las versiones de los argumentos que Quante presenta, los argumentos en contra de las directivas anticipadas en el cuidado de personas con demencia son ilustrados por los ejemplos del Caso C, por lo que el autor realiza una sub-clasificación para ilustrar tres clases de argumentos a los que apelan los detractores del valor de las directivas anticipadas: (1) los que señalan el problema de implementación de estos documentos; (2) los que apelan al deber de los profesionales de la salud a no causar daño; y (3) los que se sostienen sobre la suposición de no-identidad.

La primera clase de argumentos ponen en tela de juicio la validez de las directivas por causa de las dificultades de su implementación. Quante reconoce que los documentos de directivas anticipadas siempre enfrentarán el problema de la vaguedad en su redacción y que esto se debe principalmente a que vida y la muerte son fenómenos complejos y es difícil captar todos los detalles que conllevan. Sin embargo, señala, este no es motivo suficiente para dejarlos de lado.

Estos argumentos, afirma Quante, no alcanzan a echar por tierra la importancia ética de las directivas anticipadas, sino que simplemente reflejan los límites de este tipo de documentos. La sospecha de que no será posible poner en práctica el uso de directivas anticipadas en un marco social -sea porque muchas personas no comprenden su naturaleza compleja o porque no comparten el valor de la autonomía- no es razón para argumentar en contra las directivas anticipadas, adecuadas para quienes deseen extender su autonomía<sup>49</sup>.

La segunda clase de argumentos se centra en el deber de los profesionales de la salud de no causar daño. Estos argumentos toman la siguiente forma:

“Sin lugar a dudas, un paciente incompetente que puede sentir el dolor y puede sufrir, no puede ser tratado como un objeto éticamente neutral. Es por ese motivo que las directivas anticipadas tienen que ser sopesadas con los intereses de experiencia del paciente. Considerar las directivas anticipadas como la solución definitiva en todas las situaciones sería un caso de obsesión con la autonomía”. (1999, p. 372)

Quante señala que estas acusaciones son infundadas ya que es posible compatibilizar ambas posturas. Por un lado, se pueden propiciar los cuidados paliativos necesarios para mantener al paciente cómodo, respetando su deseo de no prolongar su vida. Por otro lado, se puede pedir a las personas que redactan las directivas que aclaren qué medidas desearían que los profesionales tomaran en caso de se presentara un conflicto irresoluble entre su pedido anticipado y sus intereses actuales una vez incompetente.

La tercera y última clase de argumentos analizados por Quante toma el problema de la validez de las directivas anticipadas en relación con la no-identidad. En los casos en los cuales un paciente que sufre de la enfermedad de

---

<sup>49</sup> Como se vio en el capítulo 5, apartado 5.3., este grupo de argumentos en contra de las directivas anticipadas es defendido por R. Dresser.

Alzheimer ya no recuerda o es incapaz de identificarse con su yo anterior, la opción lógica a seguir es la de desestimar las directivas anticipadas existentes sobre la base de que ya no nos encontramos frente a la persona que redactó dicho pedido. Estas afirmaciones se sostienen sobre la idea de que la decisión autónoma de una persona no tiene por qué ser respetada por una persona diferente de quien la formuló.

Este punto, señala Quante, se dirige al centro de las consideraciones en torno de la relación existente entre las directivas anticipadas y el problema de la identidad personal. Por este motivo, subraya la importancia de establecer con propiedad la distinción entre la identidad comprendida como persistencia o comprendida desde una perspectiva biográfica.

Podemos interpretar las directivas anticipadas como formas de contratos auto-vinculantes, que reconocen la falibilidad de nuestra razón y que sirven como ayuda para proteger nuestra autonomía en situaciones en la cual se encuentra en peligro o se ha perdido. La identidad desde una perspectiva biográfica se manifiesta en la preocupación por nuestro propio futuro. De acuerdo con esta perspectiva, sostiene Quante, las directivas anticipadas deben ser respetadas en tanto herramientas éticas *prima facie* vinculantes para la expresión de la autonomía en general. Además, en este contexto de toma de decisiones, la función constitutiva de la sociedad y los valores sociales se hace evidente. Preguntas del tipo “¿cuál es la decisión más racional?” o “¿qué valores de los que están en juego presentan una mayor coherencia?” no pueden ser respondidas sin apelar al contexto social a modo de marco normativo y de orientación<sup>50</sup>.

Para Quante, la personalidad y la identidad biográfica sólo son posibles en las relaciones personales y en un mundo compartido. Sólo apelando a la identidad

---

<sup>50</sup> Si bien no lo explicita en su argumentación, Quante parece estar siguiendo en este la propuesta de Taylor. Ver capítulo 3, apartado 3.3.1.

biográfica en el análisis de la identidad personal podremos discutir correctamente problemas éticos como los presentados.

### **5.10. Identidad moral, no identidad personal**

En “El fracaso de las teorías de la identidad personal” (1999), Tom Beauchamp intenta ofrecer un cierre a este debate desafiando directamente dichas teorías, por medio de la afirmación de que la noción de identidad personal no es suficiente para predicar atributos morales.

El problema central del debate, declara Beauchamp, es que se apeló a las teorías de la identidad personal con el fin de defender o condenar preferencias morales, poniendo así a la metafísica al servicio de la ética. El fracaso de los diferentes intentos de lograr esta conexión entre metafísica y ética se debió en parte a que no se logró percibir una distinción entre los conceptos metafísicos y los morales asociados a la idea de persona:

“... la personalidad metafísica consiste íntegramente en un conjunto de propiedades psicológicas distintivas de las personas, tales como la intencionalidad, la autoconciencia, la libre voluntad, la adquisición del lenguaje, la captación del dolor y la emoción. El objetivo metafísico es identificar un conjunto de propiedades metafísicas poseídas por todas las personas y sólo por ellas. La personalidad moral, por el contrario, indica a los individuos que poseen propiedades o capacidades tales como agencia moral y motivación moral. Tales propiedades o capacidades distinguen a las personas morales de todas las entidades no morales. En principio, una entidad podría satisfacer todas las propiedades requeridas por la personalidad metafísica y carecer de



todas las propiedades requeridas por la personalidad moral". (1999, pp. 309-310)

Esta distinción crucial parece haber sido pasada por alto por todos los teóricos que han discutido estos temas, cuyas preocupaciones se volcaron a la tarea de determinar los rasgos o propiedades distintivas que permiten adscribir identidad personal, y en pos de ellos se han atribuidos diferentes clases de categorías morales a los individuos. Todas las referencias en torno de la identidad personal como justificación de decisiones morales parecen haber sido realizadas a partir de descripciones de aquello en que consiste la identidad y de las propiedades que hacen de alguien una persona para luego, sin mediación alguna, dotar a sus poseedores con derechos u otras protecciones morales (Adams, 1989).

El fracaso de estas teorías, señala Beauchamp, es que no logran captar las dificultades asociadas con la noción de persona y cometen el error de desplazarse sin más de afirmaciones puramente metafísicas hacia otras acerca de la personalidad moral. Estas propiedades cognitivas, sean cuales fueren, no poseen por sí mismas implicaciones morales. Para que así fuera, continúa el autor, se debería incorporar un principio moral independiente que permitiera el paso de una esfera a la otra, como por ejemplo un principio de respeto por las personas. Pero en ese caso, siendo tal principio independiente de una teoría metafísica, debería entonces ser defendido de manera independiente.

Esta tendencia puede rastrearse, reflexiona Beauchamp, en las creencias arraigadas que persisten en la filosofía, en la religión, en la ciencia y en la cultura popular, de que ciertas propiedades cognitivas especiales confieren una categoría moral única y sobre la cual se funda la moral. Sin embargo, declara, no hay razones suficientes para dar por sentado que sólo propiedades distintivas de la especie humana confieren estatus moral.

A partir de esta afirmación, Beauchamp traza la línea que parecería echar por tierra la justificación de ciertas prácticas morales tales como las directivas anticipadas a partir del establecimiento de una teoría metafísica de la identidad personal. Afirma, en contra de nuestras intuiciones de sentido común, que la noción de persona no sólo debe restringirse a su aplicación en seres humanos:

“... una comprensión metafísica de personas no necesita tener referencia a propiedades que son sólo poseídas por humanos. En las teorías cognitivistas ... una entidad es una persona si y sólo si posee ciertas propiedades *cognitivas* y no propiedades singularmente *humanas*”. (1999, p. 311)

Estas características, entonces, no distinguen a las personas en tanto pertenecientes o no a la especie humana, sino simplemente determinan si estamos hablando de una persona o no. Y este punto en particular, señala Beauchamp, no parece haber sido tenido en cuenta por los teóricos que mantienen el debate sobre estos temas relacionados con las decisiones morales. Ellos simplemente han asumido *a priori que dichas* propiedades necesarias para adscribir identidad personal (como la autoconciencia, la posibilidad de hacer planes a futuro, la racionalidad) sólo son atribuibles a los seres humanos.

Para ilustrar su postura, Beauchamp nos pide que imaginemos una entidad que posee ciertas características asociadas comúnmente con la identidad personal: es racional, autoconsciente y realiza planes sobre su futuro. Luego nos pregunta ¿cómo es posible establecer, a partir de esta descripción, el estatus moral de dicha entidad? En otras palabras ¿estamos dispuestos a conceder que de la mera presencia de estas propiedades se siguen conclusiones morales? Allí, señala el autor, se encuentra el problema central de estos debates.

No importa cuán grande sea la importancia que atribuyamos a esta clase de propiedades cognitivas, por sí solas dichas propiedades no son suficientes para establecer estatus moral alguno. La posesión de un lenguaje, la racionalidad, la

autoconciencia y otras propiedades cognitivas que adjudicamos a las personas no poseen una conexión intrínseca con las propiedades morales. La atribución de la personalidad moral es una tarea mucho más simple, sostiene Beauchamp, que la relativa a la clarificación de la identidad personal. Para que se adscriba personalidad moral a una entidad, declara, una entidad debe cumplir ciertas condiciones:

“(1) ser capaz de realizar juicios morales acerca de la corrección e incorrección de las acciones, y (2) debe poseer motivos que puedan ser juzgados moralmente”. (1999, p. 315)

Para explicar estos criterios, el autor ensaya dos tesis. La primera consiste en defender la postura de que, a diferencia de las teorías sobre la identidad personal en un sentido metafísico, la personalidad moral es suficiente para adscribir estatus moral. De acuerdo con esta posición, cualquier entidad que califique como persona moral deberá ser reconocida como miembro de la comunidad moral, independientemente de su especie, gozando a la vez de los beneficios y protecciones y padeciendo sus cargas y castigos. Estas personas morales pueden ser condenadas en virtud de sus motivos y acciones irresponsables y castigadas por su conducta inmoral. En el caso de los que no califiquen como personas morales, declara Beauchamp, si se desea extender la protección moral a los mismos se deberán establecer fundamentos ulteriores para justificar dicha decisión.

La segunda tesis es que, salvo unas pocas excepciones<sup>51</sup>, los animales no-humanos no son candidatos posibles para que se les adjudique el estatus de persona moral. A pesar de que algunas veces estos animales muestren cierto tipo de emociones que puedan pensarse como morales, no formulan juicios morales genuinos. Y, añade, se debe notar que algunos seres humanos también fracasan en pasar esta prueba de personas morales. Este es el caso de los individuos que

---

<sup>51</sup> Los grandes primates, los delfines y otros animales similares (Beauchamp 1999, p. 316)

no presentan una o más de las condiciones que nos permiten atribuir personalidad moral<sup>52</sup>: en ellos el estatus moral no se funda en la personalidad moral más de lo que puede fundarse en la personalidad en un sentido metafísico. Si se desea extender la esfera de la protección moral a estos individuos, se deben establecer otros fundamentos.

¿En qué fundamentos podemos basar, entonces la protección moral de estos individuos que no consideramos personas morales? La protección moral, comienza declarando Beauchamp, no requiere del estatus de persona en ninguno de los sentidos anteriormente vistos. Algunas criaturas poseen cierto estatus moral a pesar del hecho de que no poseen ni siquiera una sola capacidad moral o cognitiva. Y esto se debe a que ciertas capacidades no-cognitivas y no-morales parecen suficientes para conferir dicho estatus.

Siguiendo a Jeremy Bentham y en defensa de una ética del tipo utilitarista, Beauchamp declara que al menos dos tipos de propiedades son necesarias para extender la esfera de la protección moral: la capacidad de sentir dolor y placer y la de experimentar emociones. Estas condiciones parecen ser suficientes para compensar los intereses y derechos morales de las personas y ampliar, entonces, la esfera de la protección moral. La prohibición de causar sufrimiento, la privación emocional y otras formas de daño pueden establecerse, entonces, como cualquier otro principio moral a ser respetado. Esta prohibición protegería a los individuos que no calificaran como personas morales, pero que sí cumplieran con estas condiciones<sup>53</sup>

Poseer un derecho, señala Beauchamp, es independiente de estar en posición de poder afirmar ese derecho. Los individuos a quienes adscribimos este

---

<sup>52</sup> Este sería precisamente el caso de los humanos que presentan demencia severa. Aunque también se aplica a fetos, recién nacidos, psicópatas y pacientes con daño cerebral, entre otros.

<sup>53</sup> Beauchamp señala que esta esfera moral incluiría también a los animales ya que la distinción no está puesta en cuestiones relacionadas a una especie, sino en la posesión de ciertas propiedades que mucho animales no humanos poseen.

tipo de derechos, no en función de su personalidad moral, sino en función de otras propiedades, no necesitan ser quienes reclamen dichos derechos. Este pedido iría en contra de toda la apreciación realizada hasta ahora. La capacidad de comprender y exigir derechos no es condición necesaria para poseerlos:

“Una teoría acerca de la persona moral puede ayudarnos a comprender por qué algunas entidades poseen estatus moral pleno, pero dicha teoría no es lo suficientemente poderosa para privar a otras entidades de poseer un estatus moral parcial”. (1999, p. 318)

El problema central de las teorías de la identidad personal propuestas como fuente de justificación de la moralidad, concluye Beauchamp, tiene que ver con su vaguedad. Las disputas en torno de una correcta caracterización de dichas teorías parecen no tener solución, pues reflejan la imprecisión del concepto y despiertan más desacuerdos que entendimientos. Luego de siglos de disputas teóricas, la posibilidad de establecer las condiciones necesarias y suficientes para adscribir identidad personal en un sentido metafísico se torna una tarea imposible.

La propuesta de Beauchamp se dirige a dar solución a este problema. El autor afirma que el mejor camino a seguir es abandonar por completo el problema de la identidad personal en el análisis de la moralidad y reemplazarlo por conceptos más específicos y propiedades más relevantes. Distinguir la personalidad metafísica de la personalidad moral permite analizar los conflictos éticos de un modo más preciso y justificar la ampliación de los derechos morales a un universo extendido de individuos.

No debe interpretarse esta sugerencia, señala el autor, como si implicara que se deben abandonar las disputas en torno de las teorías filosóficas sobre la identidad personal desde una perspectiva metafísica. Simplemente se trata de separarlas del análisis de la moralidad de ciertos actos.

**CAPÍTULO 6**

**EL FRACASO DE LAS DIRECTIVAS  
ANTICIPADAS**



## 6. EL FRACASO DE LAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Han pasado ya varias décadas desde que se inició el debate en torno de la pertinencia de las teorías de la identidad personal como criterio de validación de las directivas anticipadas (Furberg, 2012) y los documentos de directivas anticipadas como herramienta de toma de decisiones no se hallan libres de críticas.

Uno de los problemas principales de estos documentos anida en su alcance sobre cuestiones relacionadas con la vida y la muerte. Parece una tarea difícil redactarlos de modo tal que cubran el amplio espectro de posibilidades de aplicación, dado que las enfermedades no progresan uniformemente en todas las personas y el pronóstico a partir del primer diagnóstico es, al menos, complejo de determinar. Si estos documentos se redactan o se interpretan de forma incorrecta, los profesionales encargados de su aplicación podrían no estar honrando el pedido precedente de sus pacientes.

Desde una perspectiva moral, lejos de ofrecer una solución simple y unívoca a la toma de decisiones sobre pacientes incompetentes, estos documentos generan problemas éticos cuando nos enfrentamos a casos en los cuales los intereses actuales del paciente parecen colisionar con sus intereses anteriores. Todo esto añade un nivel problemático extra al de por sí complejo problema de la toma de decisiones subrogadas.

Otro problema que cabe señalar es el grado de autenticidad y estabilidad que debe adjudicársele a las decisiones de este tipo, basadas en gran medida en construcciones imaginarias sobre cómo será la vida de una persona en una situación que nunca antes ha experimentado, ni siquiera de manera análoga. Esta construcción es altamente problemática ya que, al no existir certezas sobre el futuro, es también difícil considerar con corrección de qué modo se apreciarán



ciertos hechos. No resultaría extraño, dado la condición humana, que deseos actuales sean otros en el futuro.

También debe tenerse en cuenta el hecho de que las respuestas a las preguntas sobre tratamientos dependen siempre en gran medida al modo en que se formulan: las preferencias sobre tratamientos no se encuentran libres de factores tales como las tasas de éxito o de fracaso, el nivel de especificidad de la información de índole estadística y de las consecuencias a largo plazo de la enfermedad.

Otro conflicto deriva de que estos documentos pueden ser vistos por algunos profesionales como una eximición de parte de su responsabilidad sobre la atención de los pacientes, lo que puede traducirse en un deterioro de la calidad de la atención médica que brindan. Es verdad que estos documentos fueron pensados originalmente con el fin de que pacientes y profesionales mejoraran la comunicación en términos de decisiones sobre tratamientos, sin embargo no queda del todo claro que estén cumpliendo su cometido original.

En lo concerniente a los pacientes, la toma de decisiones informada es condición necesaria para la correcta redacción de las directivas anticipadas, motivo por el cual se debe lograr un diálogo con los profesionales que permita comprender numerosas implicancias de la toma de decisiones. Esta tarea, si bien no es imposible, resulta difícil teniendo en cuenta los tiempos que rigen hoy en día en los sistemas de salud, pues requiere una serie de cuestiones que no son comunes a las preocupaciones de las personas: el examen de las propias creencias y valores que se consideran importantes, la reflexión sobre cómo estas decisiones afectarían a terceros, la voluntad de reconocer y de abandonar prejuicios, etcétera. Estos son requerimientos mínimos para lograr una comprensión de lo que se pone en juego en la toma de decisión de dejar o no una directiva anticipada, que deben agregarse a la comprensión integrada de la enfermedad. No se trata tan sólo de que las personas que se enfrentan con una

enfermedad neurodegenerativa formalicen su pedido de directivas anticipadas y manifiesten su voluntad, sino de que lo hagan del mejor modo posible.

En lo que concierne a los profesionales de la salud, la preocupación de base en este debate, sea puesto en términos de autonomía o de beneficencia, es la protección del paciente. Y resta por definir si las directivas anticipadas cumplen dicha función. El aparente fracaso de estos documentos centrados en el apoyo a uno u otro criterio de identidad personal, anunciado por Beauchamp (1999) dio lugar a un nuevo debate en torno de la validez de las directivas anticipadas, esta vez enfocado en cuestiones asociadas con el valor intrínseco de estos documentos como instrumentos de protección.

Como veremos a lo largo de este capítulo, dos de las propuestas críticas más consistentes sobre la validez misma de las directivas anticipadas son las de John A. Robertson (1991) y Christopher J. Ryan (1996) quienes, en pleno auge del debate, anticiparon algunas de las preocupaciones que los críticos de dichos documentos recogerían en futuras publicaciones.

Siguiendo esa línea argumentativa, Angela Fagerlin y Carl E. Schneider (2004) concluyeron que las directivas anticipadas no constituyen una herramienta a favor de la autonomía precedente sino que, por el contrario, la socavan. Por el contrario, Robert Burt (2005) desafió la idea de que este valor sea la mejor justificación para la defensa de las directivas anticipadas y sostuvo que, en defensa de las directivas, se debería reemplazar la autonomía precedente por algún otro tipo de justificación moral.

Sin embargo, y a pesar de las numerosas críticas que se han dirigido a la validez de estos documentos, el fin de las directivas anticipadas como herramientas de toma de decisiones en el ámbito de la ética de la salud no parece estar cerca. Hickman, et. al. (2005) ofrecieron argumentos en favor de la validez

de las mismas, aunque señalaron que es necesario el abandono de la forma clásica de estos documentos.

En un intento ofrecer un cierre a esta problemática, Henry Perkins (2007) retomó el debate desde sus comienzos, analizando argumentos a favor y en contra y concluyó que los argumentos esgrimidos por los detractores de estos documentos poseen mayor fuerza que los defendidos por sus propulsores.

### **6.1. Dudas en torno de las directivas anticipadas**

En su artículo “Dudas en torno a los testamentos vitales” (1991), John A. Robertson señala que, a pesar de que este tipo de documentos poseen un gran atractivo en el sentido en que aparentemente nos permiten tomar control de nuestro futuro, también tienden a oscurecer conflictos que resultan de contraponer los deseos de los pacientes competentes con sus intereses cuando se vuelven incompetentes, quitando de la ecuación la responsabilidad de sus cuidadores.

Desde sus inicios, las directivas anticipadas han sido la solución preferida por muchos a la hora de determinar qué tipo de tratamiento se debe proporcionar a los pacientes incompetentes. Estos documentos son recomendados por una gran parte de la comunidad de bioeticistas de las regiones en que poseen validez legal y, en los países en los cuales su uso no está aún reglamentado, lo impulsan<sup>54</sup>. Su reconocimiento y utilización a lo largo y ancho del mundo occidental crece día a día. Este apoyo considerable que parecen recibir no sólo de la comunidad de bioeticistas, sino también de la comunidad de abogados y de médicos, no se condice con las críticas que reciben. Sin embargo, autores como

---

<sup>54</sup> Ver Apéndice

Robertson señalan que este tipo de documentos no constituyen una respuesta adecuada al problema de la toma de decisiones sobre pacientes incompetentes ya que a pesar de los beneficios que puedan ofrecer, su esencia misma presenta contradicciones que amenazan el bienestar de los mismos.

No resulta difícil ver por qué estos documentos cuentan con más defensores que detractores. En primer lugar, dotan a las personas competentes que los redactan de un sentido de control sobre las decisiones médicas futuras que atañen a sus vidas. Ofrecen cierta clase de empoderamiento extendiendo el alcance de la autonomía personal a las situaciones en las cuales dicha autonomía no puede ser ejercida: la persona competente parece asegurarse de que, una vez incompetente, el curso de su vida será guiado por las preferencias que anteriormente expresó. En segundo lugar, la certeza de que la persona no será sometida a tratamientos fútiles aporta tranquilidad a quienes temen verse sometidas a sufrimientos innecesarios en los últimos momentos de sus vidas.

Sin embargo, para Robertson, estos argumentos pierden su fuerza frente al hecho de que en la práctica las directivas son redactadas por muy pocas personas. Y, sumado a esto, cuando dichas directivas existen, los profesionales de la salud a menudo aducen objeción de conciencia y se niegan a cumplirlas.

Como se ha mostrado, uno de los problemas principales asociados con la ejecución de las directivas anticipadas se desprende del hecho de que los intereses del paciente incompetente resultan no ser los mismos que poseía cuando aún se encontraba competente. Y lo mismo puede decirse, señala Robertson, de sus valores. Esto es así dado que los intereses y valores de una persona racional no son relevantes para quien ya no cuenta con la estructura racional que le permite sostenerlos. En palabras del autor:

“Si la persona ya no es lo suficientemente competente para apreciar el grado de divergencia en relación con sus actividades previas que ha generado la elección en contra de recibir tratamiento, la directiva

anticipada no representa sus intereses actuales por el solo hecho de que un documento haya sido redactado”. (1991, p. 7)

Concedamos o no que se trate de la misma persona, sus intereses han cambiado radicalmente. Y en este punto reside el problema: el rasgo esencial de los documentos de directivas anticipadas implica suponer que los intereses y valores del paciente continúan siendo los mismos; por eso los mejores intereses del paciente incompetente son expresados por las decisiones tomadas por ellos mismos cuando eran competentes. La circularidad de este razonamiento, señala Robertson, queda a la vista.

Esta aseveración en particular no parece alcanzar sin embargo a quienes defienden una teoría de la identidad desde una perspectiva narrativa, dado que no admitirían considerar solamente la situación del paciente incompetente sin incorporar al análisis sus intereses previos. Dado que las personas cuando eran competentes, podrían señalar, poseían una historia de valores y preferencias deberían ser ahora tratadas de acuerdo con esos mismos valores.

Robertson no está de acuerdo con esta perspectiva ya que parece pasar por alto el hecho de que en diferentes momentos y en diferentes etapas de nuestras vidas, poseemos diferentes intereses. Los intereses que nos definen a lo largo de una vida entera no son siempre los mismos, o de la misma clase. Cuando las situaciones con las que nos enfrentamos nos exponen a cambios drásticos, nuestros intereses y preferencias cambian también. La diferencia entre los intereses sostenidos por la persona competente y los que responden a los deseos de la incompetente es tan notable que si deseamos respetar los intereses de los incompetentes, debemos poner la atención en sus valores e intereses como ahora se plantean y no como reteniendo los intereses que poseía previamente.

El autor pone el énfasis en estas afirmaciones dado que cree que la confusión entre los intereses pasados y los intereses presentes constituye un gran riesgo de daño a los pacientes incompetentes en las situaciones en que los

intereses pasados y los actuales no se corresponden. Es por esta razón que las directivas anticipadas, como documento cuya esencia es garantizar el mantenimiento de los valores e intereses pasados, no refleja de modo adecuado lo que es mejor para la persona ahora incompetente. El uso de estas directivas, afirma Robertson, tiende a devaluar los intereses más limitados del paciente incompetente.

Estas razones sirven a Robertson en su argumentación de que las directivas anticipadas no deben ser consideradas como herramientas de protección al paciente incompetente, ni tampoco como garantes del respeto al derecho a la autonomía de las personas. El problema central de estos documentos es que confunden los intereses actuales de la persona incompetente con los intereses previos manifestados por la persona competente, lo cual presenta como consecuencia el desmedro de los intereses actuales de la persona. Y esto trae consecuencias graves que alcanzan, incluso, a la esfera misma de la justificación de la toma de decisiones en pacientes al final de sus vidas:

“... cuando el respeto por el paciente incompetente pretende ser el valor central en el que se apoyan las normas éticas y legales que justifican el rechazo de tratamiento, las desviaciones de esta norma no deben quedar ocultas por un juego de prestidigitación [*legerdemain*] de las directivas anteriores”. (1991, p. 8)

Lo mínimo que debe hacerse frente a este problema, señala el autor, es reconocer dichos conflictos y comenzar a prestar atención sobre la frecuencia con la que se presentan. Éste no parece ser el caso entre los defensores de las directivas, quienes parecen ignorar por completo estas contradicciones internas en los documentos. Una vez que estos conflictos sean detectados, afirma Robertson, la atención debería desplazar finalmente los intereses previos manifestados por la persona competente a los intereses actuales de la persona incompetente que son los deben ser tenidos en cuenta a la hora de la toma de decisiones acerca de su

tratamiento. Hasta tanto suceda, deben tomarse algunas medidas tales como informar a quienes redactan un documento de directivas anticipadas acerca de estos posibles conflictos entre sus intereses presentes y sus intereses futuros; informar a los profesionales a cargo de los pacientes que estén atentos a la posibilidad de que dichos conflictos se presenten y que reflexionen sobre el mejor camino a seguir; y reconocer cuáles son las decisiones que respetan los mejores intereses del paciente incompetente y no dar por sentado que se corresponderán siempre con sus indicaciones previas.

## **6.2. Directivas anticipadas y políticas públicas**

A diferencia de sus escritos anteriores, en su artículo “Las implicancias de las directivas anticipadas en las políticas públicas” (1994), Rebeca Dresser se corre del análisis de las directivas desde una perspectiva de la identidad personal y orienta su atención a las consecuencias que el uso de dichos documentos posee en las decisiones en políticas públicas en salud.

Los datos empíricos recogidos desde el comienzo del uso de las directivas anticipadas, afirma Dresser, arrojan dos conclusiones interesantes que sus defensores no parecen tener en cuenta. En primer lugar, parecen contradecir la idea de que estos documentos constituyen la opción ideal para resolver conflictos relacionados con la toma de decisiones acerca de tratamientos de soporte vital en los casos de individuos que no pueden manifestar su voluntad. En segundo lugar, aún concediendo que poseen cierta utilidad, estos documentos deberían ser modificados para optimizar su aplicación.

El acuerdo tanto en el campo de la bioética como en el de la ley ha sido, y continúa siendo, que las directivas anticipadas son el mecanismo ideal por medio del cual podemos resolver los conflictos más acuciantes en relación con la

aplicación o la abstención de tratamientos médicos, especialmente cuando se trata de pacientes incompetentes. Y la idea de que sería deseable que cada vez más personas completaran este tipo de documentos de directivas anticipadas sobre su salud aparece, ya sea de manera implícita o manifiesta, en la gran mayoría de los artículos que se han escrito en su favor. Sin embargo, Dresser afirma que esta idea debe ser desafiada.

Un punto importante que a menudo se pasa por alto en el análisis de dichas herramientas es previo a la defensa de las mismas y consiste en brindar una explicación de por qué las directivas anticipadas deberían prevalecer por sobre otros enfoques posibles para determinar los tratamientos al final de la vida en pacientes incompetentes. Quienes abogan por estos documentos, señala la autora, pocas veces se han tomado el trabajo de explicar por qué son preferibles a que la decisión sea tomada por los parientes, amigos o personas cercanas en conjunto con los profesionales de la salud.

Esta preferencia puede deberse a que, a favor de las directivas, se alega que el derecho a la autonomía es y debe ser en todos los casos tomado de manera prioritaria en la toma de decisiones sobre la vida de las personas. Las directivas anticipadas, en caso de haberlas, son la mejor prueba de que dicha autonomía es respetada.

Sin embargo, para Dresser estos argumentos parten de una afirmación de que el respeto por su autonomía precedente es de gran importancia para las personas. Este valor es importante para algunos filósofos, académicos de las leyes, y legisladores que trabajan sobre estas temáticas. Sin embargo, la evidencia empírica que se ha recogido a lo largo de años en todos los países en los cuales se implementó el uso de estos documentos parece mostrar otra realidad<sup>55</sup>:

---

<sup>55</sup> Ver Apéndice



“Los datos empíricos ... indican que muchos sujetos no comprenden qué es una directiva anticipada y menos aun han redactado un documento formal de ese tipo. Estos datos sugieren que el ejercicio de la autonomía precedente podría no ser demasiado importante para la mayoría de la gente”. (1994, p. 3)

En vista de esta evidencia, es pertinente preguntar ¿acaso la autonomía precedente es tan importante como los defensores de las directivas afirman? Este valor, afirma Dresser, parece carecer de la importancia adjudicada por sus defensores, lo cual resta peso a las afirmaciones de quienes sostienen las directivas anticipadas fundadas en el respeto por este derecho.

Por supuesto cabe analizar si el éxito menor en el uso de estos documentos no se debe a problemas inherentes a su forma o aplicación, o si acaso el verdadero motivo detrás de este fracaso se debe a que no dan cuenta de las preocupaciones y necesidades reales de las personas. Por lo pronto, a juicio de Dresser, se pueden reconocer dos problemas básicos asociados al uso de estos documentos.

En primer lugar, es necesario determinar qué tipo de información debe ser ofrecida a las personas que deciden redactar directivas anticipadas. Para que las directivas anticipadas cumplan su función, el conocimiento del posible desarrollo de la condición que sufre el paciente tendría ser lo más detallado posible, permitiendo de eso modo formular una decisión fundada que no se base en suposiciones y preconceptos erróneos. La información provista al firmante debería ser completa, clara y bien comprendida por éste. Nadie cuenta con la seguridad suficiente de que sus directivas se aplicarán en todos los casos que puedan presentarse, porque no existe certeza del desarrollo de las enfermedades. Cada persona es diferente y responde de manera diferente a los tratamientos, por lo que las directivas presentan un problema al momento de detallar qué se desea frente a diferentes escenarios posibles. Esta parece una tarea imposible de llevar a cabo.

Muchas veces, además, no se cuenta con información sobre avances recientes en salud y, con frecuencia, el diálogo entre el paciente y el profesional no cumple su cometido. Además, la terminología que acompaña en estos documentos suele ser imprecisa y consigna estados complejos de determinar en la práctica, tales como “enfermo terminal” o “persistentemente inconsciente”: las interpretaciones de estas condiciones pueden variar de un profesional a otro al momento de aplicar dichas directivas (Katz, 1984).

En segundo lugar, se deben tener en cuenta los motivos que a menudo acompañan dichos documentos y que se relacionan con el deseo de la persona competente de quitar un peso a sus familiares o amigos en el momento de tomar decisiones sobre estos tratamientos futuros cuando ya no pueda hacerlo. Dresser señala que este es un punto engañoso. Y se pregunta qué sucedería si a pesar de ser ya incompetente, un individuo manifiesta a quienes lo rodean y cuidan que desea seguir con vida ¿estarían sus parientes y amigos dispuestos a pasar por alto dicho pedido y honrar de todos modos las directivas? ¿no es acaso esta situación de dolor y angustia en la toma de decisiones la que la persona que redactó las directivas justamente quería evitarle a sus seres queridos?

Estas razones parecen ofrecer un motivo suficiente para poner en tela de juicio la utilidad misma de dichos documentos. Quizás se podría discutir esta afirmación sosteniendo que los mecanismos por medio de los cuales se ofrece información acerca de las consecuencias de este tipo de decisiones pueden ser mejorados, haciendo hincapié en la comprensión de estos problemas para lograr un uso efectivo e informado de estos documentos. Sin embargo parece una tarea de enorme de dimensión, lo suficientemente enorme como para que no pueda ser puesta en práctica. Los numerosos factores que deben contemplarse para garantizar al menos un uso mínimamente correcto de estos documentos implica la consideración de diferentes enfoques de acuerdo al grupo etario, su pertenencia social, religión, educación, conocimiento de la enfermedad, estadio en el que se

encuentra, grupo familiar, etcétera. En definitiva, innumerables condiciones que no parecen poder ser alcanzadas.

Dresser señala un último motivo en contra del uso de estos documentos que se relaciona con la mala predisposición que las personas suelen presentar ante el hecho de tener que discutir cuestiones relacionadas con su muerte. La mayoría de nosotros encuentra dichas experiencias extremadamente incómodas, aterradoras y a menudo el solo hecho de hablar sobre ellas genera una profunda angustia. Y es aún peor, afirma Dresser, cuando no se trata de un simple diálogo, sino de la toma de decisiones por medio de un documento legal. ¿Acaso -se pregunta la autora- no era el fin de estas directivas el aliviar la angustia de las personas sobre su futuro? Si ésta era la meta, entonces estamos frente a un grave problema generado por el uso de las directivas anticipadas.

Los problemas que la autora ha analizado parecen poner a prueba la afirmación de un gran número de bioeticistas de que las directivas anticipadas son una gran solución a los dilemas que se presentan en la toma de decisiones sobre la vida y la muerte de los pacientes incompetentes. La aplicación de directivas anticipadas es una cuestión compleja tanto filosófica, psicológica como prácticamente y presenta demasiadas variables como para poder ser resuelta de manera satisfactoria. Si no se desea abandonarlas, concluye Dresser, al menos se debe presentar una alternativa mejor a la que existe ahora.

### **6.3. Directivas anticipadas y retiro de soporte vital**

Los cuestionamientos en torno de la validez de las directivas anticipadas no tardaron en aparecer con renovada intensidad cuando el uso de dichos documentos se volvió más habitual.

En su artículo “Apostando tu vida: un argumento en contra de ciertas directivas anticipadas” (1996), Christopher J. Ryan discute su valor, señalando que las indicaciones que se relacionan específicamente con el retiro de tratamiento de soporte vital en el futuro, cuando la persona ya no es competente, presentan graves fallas en las argumentaciones. Por lo tanto, si las justificaciones éticas que las sostienen no resisten las críticas, deben ser eliminadas.

Ryan comienza su argumentación con un ejemplo que ilustra una pregunta crucial implicada en la toma de decisiones sobre tratamientos futuros:

“Hace mucho tiempo, en un país lejano, vivía un viejo y sabio rey ... Un día el rey promulgó una nueva ley. Esta ley permitía a los súbditos participar en una misteriosa apuesta. Los que ganaran la apuesta recibirían una enorme recompensa, pero los que perdieran serían ejecutados. La participación en la apuesta sería absolutamente voluntaria. A pesar de las consecuencias, muchos aceptaron el desafío. Para ganar, el participante sólo debía responder a una pregunta en apariencia simple. La pregunta les era transmitida a los participantes antes de entrar al concurso. Todos los que participaban se encontraban convencidos de que sabían la respuesta y que no podrían perder. De manera extraña, los eticistas del rey no habían presentado objeciones a esta ley y, en realidad, hasta alababan al rey por ser tan sabio y progresista. Los eticistas también creían que la respuesta a la pregunta era obvia y pensaban sólo en la gran recompensa. Desafortunadamente, muchos de los participantes se equivocaron. Perdieron la apuesta y se les propició una muerte temprana e innecesaria. La pregunta que causó tantas dificultades era ésta: «A pesar de que usted se encuentra hoy bien y saludable, imagínese en una situación en la cual sufre de una enfermedad terminal y se encuentra temporalmente confundido o inconsciente. Imagine que mientras usted se halla en este estado sus médicos le dan a elegir: o le

propiciarán el mejor de los tratamientos y usted podría llegar a recuperar parte de su salud por un tiempo o le aplicarán cuidados paliativos asegurándose de que usted no sufra dolor y no intentarán salvar su vida ... ¿qué desearía que hicieran los médicos?»". (1996, p. 95)

Este relato señala la crítica principal del autor hacia las directivas anticipadas: requieren imaginar una situación en la cual se deba tomar una decisión vital pese a encontrarnos incapacitados para hacerlo. El aspecto central de su argumentación se dirige a mostrar que las personas que redactan documentos de directivas anticipadas lo hacen a menudo bajo la creencia de que saben la respuesta a la pregunta mencionada en el ejemplo del rey, cuando en realidad esto no es así: las personas tienden a subestimar sus deseos en relación la intervención médica en caso de enfermar, lo cual demuestra que las directivas anticipadas se erigen sobre suposiciones que presentan serias dificultades éticas.

El mecanismo psicológico de negación, señala Ryan, nos permite lidiar con problemas que nos aquejan a lo largo de nuestra vida. Cuando se le pide a una persona sana que imagine que padece una enfermedad terminal, de modo inconsciente rechaza esta posibilidad. Los caminos de huida son dos: negar que algo así vaya a sucedernos porque somos jóvenes, sanos y no tenemos historial de enfermedades o negar que algo así vaya a sucedernos porque, pensamos, una vez confrontados con dicho sufrimiento nos quitaríamos la vida.

Lo que suele suceder, señala Ryan, es que cuando las personas se enfrentan con la posibilidad real de sufrimiento y muerte, porque han sido diagnosticados con una enfermedad terminal, esta perspectiva deja de ser hipotética. Y si bien algunas personas siguen eligiendo la opción de que su vida en ese estado termine lo antes posible, los estudios cuantitativos realizados hasta el momento muestran que la gran mayoría de las personas decide luchar activamente contra su condición. La mayor parte de los pacientes terminales no

quiere morir y está dispuesto a soportar cierto grado de sufrimiento con el fin de seguir viviendo.

Es a la luz de estos casos que Ryan sostiene que los seres humanos suelen a menudo equivocarse al intentar determinar sus actitudes en relación con el tratamiento a recibir en un futuro hipotético, desestimando sus deseos potenciales de continuar con vida:

“Las personas sanas a menudo creen que si sufrieran de una enfermedad terminal y requirieran de numerosas formas de intervención médica, preferirían que se les permitiera morir ... Entre las personas que sufren de una enfermedad terminal, sin embargo, es poco frecuente que manifiesten de manera sostenida su preferencia de rechazar tratamiento”. (1996, p. 96)

Los defensores de las directivas anticipadas, señala Ryan, presentan dos tipos de argumentos. En primer lugar, señalan la importancia de respetar las decisiones autónomas de los pacientes permitiéndoles ejercer el control sobre los alcances de sus tratamientos médicos: los documentos de directivas anticipadas, que logran un respeto total de la autonomía, son un instrumento éticamente justificable y beneficioso. En segundo lugar, señalan que las directivas anticipadas pueden ayudar a facilitar la muerte de las personas que se beneficiarían con ella. Las directivas no sólo evitan el sufrimiento innecesario, sostienen sus defensores, sino también habilitan la posibilidad de morir con dignidad. Además, quitan la carga de la toma de decisión sobre tratamiento a miembros de la familia del paciente, quienes deberían decidir en caso de no existir dicho documento.

Quienes se oponen a esta opción de toma prospectiva de decisiones, ven en ella una modalidad de prácticas eutanásicas. Sin embargo, no es éste el cimiento sobre el cual se erigen las objeciones del autor. Sus críticas a las directivas anticipadas se condensan en que dichas directivas no empoderan necesariamente el ejercicio de la autonomía del individuo, dado que las

decisiones hipotéticas formuladas imaginando un futuro en el que se encontrarían enfermas, no son correctas.

Si se le concede este punto central de su argumentación, entonces Ryan podría probar la inutilidad y el peligro de este tipo de documentos de directivas anticipadas. En primer lugar, la autonomía requiere que uno tome decisiones estando en posesión de toda la información disponible que pueda influenciar la decisión a tomar. Sin embargo, esta información no está disponible para quien redacta un documento de directivas anticipadas, dada la posibilidad de que la decisión que intuitivamente apoya ahora que se encuentra saludable, no se corresponda con la que tomaría en caso de estar enfrentada realmente con una situación de enfermedad terminal. La paradoja es que, a pesar de que concedemos que no hay nadie mejor que el individuo mismo para actuar basado en sus mejores intereses, la evidencia demuestra que se suelen equivocar en sus decisiones. La mayoría de las personas no tiene experiencia de sus reacciones frente a una enfermedad terminal o que amenace sus vidas, sólo pueden suponer cómo reaccionarían ante tal escenario y, con frecuencia, su suposición es equivocada. El punto central que Ryan quiere remarcar es que el problema radica en que estas personas no están al tanto de la posibilidad de incurrir en dicho error. Y esta falta de información hace que dichas decisiones no sean autónomas.

En segundo lugar, respecto del beneficio a las personas que desearían no pasar por el sufrimiento asociado al fin de sus vidas, existe una alta posibilidad de que sus deseos ya no sean en ese momento los mismos que tuvieron cuando se encontraban saludables y atemorizados por la sola idea de estar enfermos.

Por estas razones, concluye Ryan, la defensa ética de las directivas anticipadas parece caer frente a la evidencia empírica de que las personas, en el momento en que se enfrentan a la muerte de modo real y no hipotético, cambian sus preferencias y manifiestan lo opuesto a lo que hubieran sido sus indicaciones cuando gozaban de buena salud. Este hecho, pocas veces señalado, requiere al

menos que se revisen las legislaciones en torno a la validez de los documentos de directivas anticipadas en pos de proteger de cometer errores que resultarían irreversibles a quienes recurren a ellas.

Para el autor, la evidencia aboga a favor del abandono total de este tipo específico de documentos, pues parece imposible que las personas puedan tomar la decisión correcta sobre sus deseos futuros.

#### **6.4. El ocaso de las directivas anticipadas**

En su artículo “Ya es suficiente: el fracaso de los testamentos vitales” (2004), Angela Fagerlin y Carl E. Schneider buscan determinar por qué los documentos de directivas anticipadas pensados para garantizar el ejercicio de la autonomía precedente no han mostrado los resultados esperados.

El fracaso en la implementación de las directivas anticipadas, advierten los autores, fue anticipado desde sus inicios por quienes señalaban los complejos entramados psicológicos que impiden que las discusiones en torno de la propia mortalidad de las personas se den con naturalidad y se acepten entre los beneficiarios de los sistemas de salud, especialmente cuando son ellos quienes deben decidir sobre sus propios destinos.

En las últimas décadas un número creciente de estudios, tanto cualitativos como cuantitativos, concluyeron la ineficacia de las directivas anticipadas, lo cual reveló que los esfuerzos puestos en garantizar la autonomía prospectiva de las personas sobre las decisiones acerca de los tratamientos médicos al final de sus vidas no fueron suficientes. Defensores tempranos de las directivas comenzaron a cuestionarse si acaso estaban en lo cierto al depositar un voto de confianza en dichas herramientas.



Fagerlin y Schneider conceden que las directivas anticipadas pueden ser, en teoría, un elemento importante a la hora de reforzar la autonomía de los pacientes pero agregan que, en la práctica, esto no es así. Si bien su propuesta se orienta al abandono de los documentos de directivas anticipadas sobre tratamientos futuros, admite excepciones de quienes son capaces de reflexionar con sensatez sobre sus estadios futuros, reafirmando con claridad sus intereses prospectivos.

Las directivas, declaran,

“... son una idea de la bioética que ha pasado de la controversia a la sabiduría convencional, del consejo de las publicaciones académicas a las recomendaciones de los libros de leyes, de las propuestas de los profesores a la práctica profesional”. (2004, p. 31)

Las publicaciones médicas recomiendan regularmente a los médicos y a otros profesionales de la salud a preguntar a sus pacientes si redactaron directivas anticipadas; las publicaciones sobre leyes recomiendan cada vez más a los abogados a que alienten a sus clientes a redactar directivas anticipadas. Y aún así, su aplicación es escasa, defectuosa y no responde a los intereses de las personas en general. En un intento de extender el ejercicio de la autonomía de las personas una vez perdida su competencia, se han utilizado recursos de todo tipo para validar de manera universal estos documentos. Sin embargo, en ninguno de los países en que se han adoptado se obtuvieron resultados satisfactorios. Es por este motivo, sentencian Fagerlin y Schneider, que debemos renunciar a dichos intentos. Los autores se preguntan ¿cómo puede ser que algo que posee tanta fuerza intuitiva en su favor sea un fracaso tan grande en la práctica?

Las razones de por qué las directivas no funcionan son numerosas. En primer lugar, el público en general no sabe demasiado acerca de la existencia, uso y beneficios de este tipo de documentos; o no saben a quién recurrir para la redacción de los mismos y temen comentar sus inquietudes con los profesionales

de la salud que los atienden; sospechan que, a pesar de dejar directivas anticipadas, éstas no serán respetadas por quienes estén a cargo de cumplirlas. También puede deberse simplemente al deseo de poner en manos de sus seres queridos, en quienes confían, las decisiones sobre tratamientos al final de sus vidas.

Un problema adicional, señalan los autores, tiene que ver con la complejidad de la elaboración de los documentos de directivas anticipadas:

“Supongamos ... que las personas redactaran directivas anticipadas. Para que dichos documentos funcionaran, las personas deberían poder predecir sus preferencias futuras de manera certera. Esta es una demanda ambiciosa. Aún los pacientes que toman decisiones contemporáneas acerca de enfermedades contemporáneas, se hallan a menudo intimidados por la dificultad de dichas decisiones”. (2004, p. 33).

Y esta tarea se vuelve más difícil al tomar decisiones acerca de un futuro probable pero incierto. No existe una única razón a la cual atribuirle el fracaso de su implementación en las décadas pasadas. Cabe preguntarse, entonces, en contra del espíritu de las directivas anticipadas en la comunidad bioética mundial ¿puede ser uno de los motivos el que las personas no tengan interés alguno en dejar directivas anticipadas para su futuro?

El caso de los documentos de directivas anticipadas no es comparable al caso de otros documentos como, por ejemplo, los testamentos de bienes. La distribución de propiedades es simple, clara y limitada en relación con el amplio espectro de posibilidades que un documento de directivas anticipadas debería cubrir. E inclusive en los casos en los cuales los bienes son numerosos, existen expertos que asisten a quienes quieren dejar por escrito sus deseos. Estos expertos, a diferencia de los expertos que pueden ayudarnos a definir nuestros tratamientos médicos futuros, tienen un respaldo de siglos de experiencia en este

campo, que incluye procedimientos estándar con resultados predecibles. Los documentos de directivas anticipadas se han utilizado hasta el momento por un pequeño número de personas y, en el mejor de los casos, cuentan con la experiencia de dos o tres generaciones.

Los cambios de opiniones sobre tratamientos también constituyen un desafío a las directivas anticipadas. Los que gozan de buena salud pueden preferir en teoría la muerte a la enfermedad o a la discapacidad. Sin embargo, una vez afectados por una u otra, pueden cambiar sus preferencias. Y si no lo hacen de manera documentada, sus directivas anticipadas no van a adecuarse a sus preferencias finales. Estos cambios de opinión se deben en parte a que las personas a menudo se imaginan los eventos de modo diferente al que resultan ser, especialmente basándose en prejuicios. A veces sólo se concentran en los aspectos negativos y dejan de lado lo positivo aún cuando se trate de circunstancias desafortunadas. Numerosos estudios empíricos prueban que las personas cambian con frecuencia de opinión sobre sus tratamientos, especialmente cuando la amenaza del fin de la vida se acerca.

Supongamos, proponen, que los pacientes toman decisiones importantes sobre sus tratamientos futuros y redactan documentos de directivas anticipadas para sostenerlos. Aún si se diera este caso, restaría resolver otro problema que el uso de directivas trae aparejado: ¿se pueden articular estas decisiones de manera acertada? Las personas parecen tener graves problemas cuando intentan tomar este tipo de decisiones, y trasladar las mismas al papel es una tarea mucho más compleja. Prueba de ello es que, a menudo, quienes redactan directivas anticipadas dejan indicaciones contradictorias en relación con sus deseos sobre tratamientos futuros.

Sumado a este problema, se puede señalar otro aún más grave: en algunos países que cuentan con documentos de este tipo, un enorme número de personas poseen un bajísimo nivel sociocultural. Muchos son analfabetos y otros

simplemente no llegan a alcanzar los niveles de educación necesarios para comprender correctamente el sentido detrás de estas directivas. Aún cuando se pongan todos los esfuerzos para explicarles de modo que lo comprendan, afirman los autores, la brecha es muy grande como para poder ser salvada.

Las directivas anticipadas que se presentan bajo la forma de formularios a llenar, marcando casilleros, tampoco contribuyen a resolver estos problemas. Como la mayoría de los documentos médicos, estas directivas son abstractas, presentan una profunda complejidad sintáctica, densidad conceptual y son largas y confusas. Además sufren del problema de que no abarcan la gran mayoría de los escenarios futuros posibles. Por supuesto estos documentos pueden ser mejorados, conceden los autores, pero es dudoso que lleguen a mejorar tanto como para quedar a salvo de estos problemas.

“¿Son las directivas anticipadas muy generales? Hagámoslas específicas ¿Son modelos “aplicables a todos”? Hagamos que sean cuestionarios complejos ¿Son firmadas sin revisión crítica? Hagamos que se requiera de discusiones fundadas entre los médicos y los pacientes”. (2004, p. 35).

El fracaso de las directivas anticipadas sobre tratamientos médicos, declaran Fagerlin y Schneider, se debe a que no pueden dar respuesta a todos estos problemas. Y los intentos de resolver estas cuestiones no han sido eficaces.

La conclusión es que la redacción de directivas anticipadas es una tarea mucho más difícil de lo que sostienen sus defensores. El error de intentar que documentos de este tipo sean adecuados no es un error de esfuerzo o inteligencia, es simplemente consecuencia de pretender algo imposible: los documentos de directivas anticipadas no son la mejor herramienta para garantizar y promover la autonomía de las personas, como se los promocionó en sus inicios.

Sin embargo, señalan los autores, se pueden reconocer ciertos beneficios que resultan de su implementación. En primer lugar, la redacción de estas directivas facilita y promueve el diálogo entre el paciente y los profesionales de la salud. Este diálogo permite cubrir aspectos relacionados con la enfermedad, con los posibles escenarios futuros a los que el paciente deberá enfrentarse y también con los tratamientos en el fin de la vida.

En segundo lugar, estos documentos parecen brindar tranquilidad y una sensación de autocontrol a su autor. Lo mismo puede decirse de quienes acompañan al paciente pues, de no existir estas directivas, deberían responder en un futuro acerca de preguntas en torno del tratamiento. Las personas que redactan estas directivas confían en que sus allegados comprenden sus preferencias y las respetarán.

Finalmente, dado que las directivas anticipadas en su gran mayoría se redactan con el fin de rechazar cierta clase de tratamiento en el futuro, pueden contribuir a reducir las preocupaciones de los pacientes sobre los costos emocionales a los cuales, de no ser especificadas las preferencias del paciente, deberían enfrentarse sus seres queridos.

A pesar de sus potenciales beneficios, Fagerlin y Schneider proponen el abandono total de los documentos de directivas anticipadas y proponen, en cambio, que si así lo desea, la mejor opción que tiene el paciente es la de nombrar un decisor subrogado, quien se encargará de tomar las riendas de su tratamiento cuando ya no se encuentre competente para hacerlo.

## **6.5. Directivas anticipadas y el fin de la autonomía**

En su artículo “El Fin de la Autonomía” (2005) Robert Burt desafía la idea de que la autonomía posee el valor último de justificación de las directivas anticipadas.

Desde el caso Quinlan en 1976<sup>56</sup> los problemas relacionados con las decisiones al final de la vida de los pacientes parecen haberse centrado en el principio del respeto por las decisiones autónomas, dejando poco lugar a los pedidos y opiniones de quienes forman parte de la vida de los pacientes y, menos aún a las indicaciones de los profesionales. El marco de la autonomía dominó en gran parte la bibliografía sobre el tema.

Sin embargo, señala Burt, hoy parecen ser cada vez más numerosos los bioeticistas en desacuerdo con esta premisa. Por supuesto, esta observación no implica de ningún modo que la autonomía de los pacientes no deba protegerse, sino que “los hechos demuestran que aplicar el marco de la autonomía al análisis sobre la toma de decisiones al fin de la vida ha tenido muy poco efecto en la práctica y mucho de postura ficticia” (2005, p. 10).

Los esfuerzos de persuadir a las personas de que redacten e implementen directivas anticipadas para proteger su autonomía prospectiva parecen haber fracasado. Desde la década de 1990 es notorio que, en los países del mundo que cuentan con legislación sobre directivas anticipadas<sup>57</sup>, la mayoría de los pacientes no las redactan. Inclusive en los casos en los cuales estas directivas existen, la tendencia a revocarlas en los momentos cercanos a la muerte del paciente es muy alta.

Frente a este hecho, los defensores de las directivas anticipadas parecen haber redoblado sus esfuerzos para promover este tipo de elecciones entre los pacientes y sus familias. La propuesta de Burt, sin embargo, va a conducirse por otra senda: el autor sostiene que ya es tiempo de volver a considerar bajo otra luz la validez y pertenencia de las directivas anticipadas en el problema relacionado con la toma de decisiones en el final de la vida, corriendo del centro del debate la

---

<sup>56</sup> Ver capítulo 5, apartado 5.4. Notas al pie.

<sup>57</sup> Ver Apéndice.

importancia central del derecho a la autonomía y reemplazándola por algún otro tipo de justificación moral.

El fracaso de las directivas anticipadas, sostiene, debe servirnos de lección para comprender que esta búsqueda conlleva también graves peligros. Las directivas abren la puerta para numerosos abusos por parte de los profesionales de la salud quienes, por comprenderlas de modo erróneo o por sentir que consisten en renunciaciones totales a la atención médica, pueden llegar a desproteger a los pacientes sin ofrecerles el mejor trato posible. El encarnizamiento por parte de los profesionales que estas directivas trataban de evitar, puede traducirse por estos documentos en una falta total de atención, yendo de un extremo a otro del espectro.

El temor a la muerte es otra cuestión importante a considerar. Los defensores de las directivas anticipadas parecen no estar al tanto o ignorar este punto en particular que se revela como uno de los problemas centrales de su propuesta. En algunos casos, afirma Burt, han respondido a estos señalamientos desestimando y minimizando esta problemática, con el argumento de que la muerte es parte natural de nuestra vida y debemos comenzar a hablar de ella como lo hacemos en relación con cualquier otro evento biológico en nuestro futuro.

Sin embargo, la realidad es que la mayor parte de las culturas de Occidente aún evitan enfrentarse a dicha inevitabilidad biológica, en parte por el miedo a la muerte en sí y en gran parte por la dificultad cognitiva de nuestra habilidad para comprenderla.

Las aproximaciones racionales que uno pueda realizar en torno a la muerte propia no son las mismas que las atravesadas por los sentimientos, cuando efectivamente nos enfrentamos con nuestra finitud, sea por una enfermedad o por la edad. Es una apuesta arriesgada seguir la propuesta de los defensores a

ultranza de las directivas anticipadas de que la muerte debe ser comprendida por todos de un modo absolutamente racional:

“La muerte es más que una condición futura con cargas y beneficios inciertos. Es más que la ausencia de vida. Es la ausencia, la contradicción intrínseca, de sentido. El concepto mismo del yo que toma decisiones, este constructo del cual depende el principio de autonomía para ser coherente, es poco apropiado -e incluso incomprensible- para el enfoque que tenemos de la muerte”. (2005, p. 10).

La perspectiva corriente indica que las personas, al menos la mayoría de ellas, se ven turbadas por la perspectiva de tener que examinar sus propias muertes. Los defensores a ultranza de las directivas sostienen que es posible distinguir a las personas que desean tomar dichas decisiones de las que se niegan a hacerlo. Sin embargo, dicha afirmación no resuelve el problema de que las directivas anticipadas parecen estar destinadas al fracaso: algunos individuos son más capaces que otros de mantenerse abiertos a reflexionar sobre el fin de sus vidas, pero otros no, y para los últimos, tan sólo la perspectiva de tener que hacerlo les genera demasiada angustia como para poder avanzar en cualquier tipo de manifestación sobre el tema.

La visión ampliamente sostenida por las culturas actuales de Occidente es que la muerte es un acontecimiento negativo. Y no basta, como los defensores de las directivas anticipadas proponen, con intentar pensar de otro modo para desprendernos de las profundas significaciones que la misma presenta en nuestras creencias más arraigadas sobre la vida.

El desafío para cualquier intento de traer a la discusión social las decisiones al final de la vida consiste, en primer lugar, en identificar las circunstancias en las cuales la muerte no es vista como el peor de los escenarios posibles. A partir de allí, entonces, recién pueden comenzar a ser pensados enfoques que permitan



introducir estos temas al público en general con la esperanza de que dichas decisiones prospectivas vayan cobrando fuerza.

El enfoque basado puramente en la defensa de la autonomía del paciente, señala Burt, no es el mejor para lograr dicho cometido. Y en la práctica suele ser desestimado en pos del deseo de que los profesionales de la salud sean quienes tomen las decisiones de tratamiento al final de la vida de los pacientes.

En un intento de superar este problema, el autor presenta tres enfoques que pueden dar respuesta a este conflicto: (1) nadie debería estar autorizado socialmente a llevar adelante una conducta que intencionalmente implicara infligir la muerte de una persona, aunque se trate de uno mismo; (2) las decisiones que llevan indirectamente a la muerte de la persona deberían ser tomadas luego de un consenso al que se llegue entre varios actores involucrados en la decisión; no debería darse el caso de que una persona llegara por sí misma y sola a ejercer el control exclusivo sobre estas decisiones, se trate de la persona que va a morir, el profesional que la atiende o su familia; (3) en la medida en que sea posible, la atención médica al final de la vida debería tener en cuenta la disponibilidad de recursos para ofrecer el mejor cuidado disponible.

El primer enfoque, señala Burt, se apoya en la idea de que las conductas cuyo propósito es causar la muerte de una persona anulan toda posibilidad de considerar otro tipo de perspectiva sobre la muerte, implican una afirmación de la muerte como un hecho absolutamente negativo y anulan cualquier acción que no se centre sobre esta idea. Otro problema que señala el autor en torno de este tipo de decisiones es que cuánto más tranquilos se sientan los profesionales de la salud en relación con las medidas dirigidas a terminar con la vida de los pacientes, más peligro implicarían estas acciones para los que no desean que sus vidas terminen de ese modo. Preservar la línea divisoria entre aceptar la muerte y acelerar la muerte (en otras palabras, entre el suicidio asistido y el retiro o abstención de dar

tratamiento de soporte vital) es necesario para mantener la confianza de las personas en los trabajadores de la salud.

El segundo enfoque, estipula que en ningún caso puede ser un único individuo quien tome las decisiones sobre medidas y tratamientos al final de la vida, y esto implica un cambio en la forma en la que hoy se toman dichas decisiones. Se debe relegar la toma de decisiones basada en la autonomía que indican a un solo individuo como el responsable de tomar estas decisiones en pos de una idea amplia que incluya a los otros actores involucrados en esas decisiones. Esta perspectiva permite dar cuenta de múltiples expresiones y puntos de vista en torno de las cuestiones relacionadas con el fin de la vida, incluyendo las que no ven el ocaso de una persona como un momento trágicamente negativo.

Se debe conceder que cuando la persona es competente y está en condiciones de realizar elecciones sobre su tratamiento futuro, el principio de autonomía requiere que reconozcamos la autoridad de dichos pedidos. Pero no por eso se debe ignorar, como lo hacen a menudo los defensores a ultranza de las directivas anticipadas, al resto de los participantes afectados por estas decisiones, quienes deben tener alguna voz en la decisión. Quizás no el derecho a vetar las decisiones de la persona autónoma, pero al menos sí la posibilidad de cuestionarlas y quizás así ofrecer alternativas que la persona no había considerado previamente. Este proceso, además, es acorde con nuestros sistemas morales. A pesar de que la persona que va morir posee mayor prioridad en las decisiones sobre su propia vida, estas decisiones generan un gran impacto en los miembros de su familia, sus amigos y en los profesionales que los atienden. Y estos otros actores que forman parte de estas decisiones éticas no pueden ser ignorados, lo cual sucede si nos centramos sólo en la defensa de la autonomía del paciente<sup>58</sup>.

---

<sup>58</sup> No queda claro en la propuesta de Burt si acaso estas opiniones deben ser consultadas en todos los casos o sólo en algunos. Sin embargo, afirma que sin lugar a dudas el paciente que redacta un documento de directivas anticipadas debe explicar sus motivos al menos a una persona.

Uno de los problemas de esta propuesta consiste en que para la práctica médica actual, este tipo de consultas para la búsqueda de consenso en la toma de decisiones suele ser difícil de lograr. El proceso en sí mismo demanda demasiado tiempo y es emocionalmente agotador para todos los implicados. Especialmente, genera sentimientos de angustia ya que quienes forman parte de dicha discusión, quieran o no, también se ven implicados en reflexiones sobre su propia finitud. Depositar la decisión en una sola persona, como es la práctica habitual, se trate de directivas anticipadas o de decisiones subrogadas, es más fácil, pero también deja la puerta abierta para diferentes tipos de abusos.

El tercer enfoque requiere que la atención médica al final de la vida se base en la disponibilidad de recursos para ofrecer el mejor cuidado disponible. Este enfoque se sigue de lo señalado en los dos anteriores y presenta la ventaja de contextualizar estas decisiones, enfrentándolas con la realidad de los sistemas de salud que, en ciertos casos, pueden brindar toda clase de tratamientos estipulados por los pacientes en sus directivas, pero en otros casos no.

Estas propuestas, declara Burt, deben pensarse de manera conjunta, ya que poseen el punto en común de que "...el foco de atención se corre de las decisiones autónomas individuales en arreglos sociales relacionados con el final de la vida" (2005, p. 13). Esto no es casual. La perspectiva basada en la autonomía no ofrece respuesta al problema de cómo es vista la muerte y por qué, en algunos, casos la deseamos y la consideramos la mejor alternativa, mientras que en líneas generales es vista como el mayor de los males.

## **6.6. La intención original de las directivas anticipadas**

En el artículo "Esperanza para el futuro: El logro de la intención original de directivas anticipadas" (2005), Susan E. Hickman, Bernard J. Hammes, Alvin H.

Moss y Susan W. Tolle reflexionan sobre el fracaso de las directivas anticipadas y proponen alternativas para rescatar su validez.

Al igual que Burt<sup>59</sup>, Hickman et. al. señalan que estos documentos no han gozado del éxito que en un primer momento se pensaba que tendrían. Sin embargo, a diferencia de Burt, estos autores señalan que el fin perseguido por las directivas es significativo y debe recuperarse. Los documentos de directivas anticipados clásicos, sostienen, a menudo se reducen a los tratamientos de sostén vital que cubren sólo un reducido espectro de circunstancias que reduce su campo de aplicación y omite cuestiones existenciales que atraviesan toda la vida humana.

Como ya hemos mencionado, el fracaso de las directivas anticipadas se debe a su escaso uso por parte de las personas que viven en los países en los cuales estos documentos poseen validez legal. Si a esto le sumamos el problema de que el alcance de las mismas se aplica a sólo unos pocos tratamientos, su fracaso es evidente. Los autores destacan, además, una serie de problemas que a menudo no son tenidos en cuenta en los análisis sobre estas herramientas de toma de decisiones.

En primer lugar, a menudo el foco está puesto en el derecho del paciente a rechazar diferentes tipos de tratamiento médico, derecho que se corresponde con las intenciones originales detrás de estos documentos. Pero a la hora de tomar estas decisiones las personas a menudo no reciben ayuda para hacerlo y mucho menos discuten con otros cuáles son los valores y preferencias implicados en sus decisiones sobre estos tratamientos.

En segundo lugar, las instrucciones que se detallan en estos documentos y los posibles escenarios de aplicación de los mismos son en la mayor parte de los casos demasiado vagos e imprecisos, lo cual genera serios problemas en los

---

<sup>59</sup> Ver capítulo 6, apartado 6.5.

profesionales de la salud a la hora de cumplir con dichas directivas. Este es un problema grave y de aparente difícil solución.

En tercer lugar, el escaso conocimiento que la persona que redacta las directivas anticipadas suele poseer sobre cuestiones médicas hace que, en caso en que especifique con sus propias palabras sus preferencias, en vez de utilizar un modelo de directivas anticipadas, se generen en el futuro problemas de aplicación al tratar de definir el alcance de frases como “no me mantengan con vida enchufado a máquinas” o “no quiero volverme un vegetal”.

Un cuarto problema es que a menudo una vez que se han redactado las directivas anticipadas, las personas consideran el tema como finalizado. Y es extraño que vuelvan a darse conversaciones en torno de sus deseos con sus seres queridos o con sus cuidadores y profesionales que los atienden. Esta característica anula simbólicamente la posibilidad de un cambio en las decisiones de la persona, que posiblemente podría ocurrir al acercarse más al fin de su vida.

En quinto lugar, las directivas anticipadas en su forma tradicional son vistas como un derecho del paciente a ejercer su autonomía, pero rara vez se las considera desde una perspectiva que incluya a quienes formarán parte del tratamiento del paciente.

En sexto lugar, los autores señalan un punto que es de crucial importancia en las sociedades occidentales actuales: las directivas clásicas se basan en la consideración de la autonomía como el valor preferencial al momento de la toma de decisiones sobre la vida y la salud de las personas. Sin embargo, en muchas culturas estas decisiones se toman de manera conjunta, no sólo incluyendo a los profesionales sino también a las familias y allegados del paciente. A menudo, los pacientes expresan su preferencia de poner en manos de terceros las decisiones sobre sus tratamientos.

Finalmente, señalan, si las directivas anticipadas indican que la persona desea nombrar a un decisor subrogado para que sea el encargado de la toma de decisiones, la falta de especificidad en esta indicación puede llevar a que dicha persona no sepa qué decisión honraría las preferencias del paciente.

La respuesta que se ha ofrecido tradicionalmente a estas dificultades ha consistido en modificar la forma de estos documentos de manera de que incluyan información acerca de las preferencias personales, religiosas y emocionales de los pacientes, junto a las decisiones en relación con los tratamientos que deben proporcionársele, con el fin de ofrecer un amplio espectro que facilite las decisiones y reduzca la incertidumbre a la hora de cumplir con las directivas. Estos intentos son recientes y si bien aún no hay información definitiva que permita afirmar que constituyen una mejora en relación con la forma clásica de estos documentos, los resultados parciales que están siendo observados ofrecen esperanzas para las directivas anticipadas.

¿En qué radica esta supuesta mejora en las directivas anticipadas? Hickman et. al. señalan que

“Los nuevos programas de directivas anticipadas clínicas más exitosos comparten ciertos elementos clave: un proceso mucho más simple, correcta documentación, tiempos definidos de manera apropiada y desarrollo de sistemas y procesos que facilitan que estas planificaciones se produzcan”. (2005, p. 28)

Es condición para la recuperación de la utilidad de las directivas anticipadas que estos documentos no se rijan por las mismas reglas que se aplican a los documentos legales en general. Y esto es así, porque las decisiones que se desprenden de dichas directivas conllevan profundos valores y creencias arraigados en la vida de quienes las redactan. Deben pensarse, entonces, como un proceso de interacción entre el paciente, sus cuidadores y quienes vayan a ejecutar dichas directivas. Proceso en el cual se vuelvan manifiestos los valores y

las metas importantes para la persona, sus relaciones y el peso que les adjudica, sus orígenes culturales y también su condición médica.

Todo plan sobre atención médica futura, sostienen Hickman et. al., debe formularse poniendo la atención sobre lo que constituye el bien de cada paciente, sea respetar su autonomía o su deseo de que otros decidan por él. Incluir a los otros en el proceso de toma de decisiones sobre tratamientos futuros posibilita convertirlo en un proceso de toma de decisiones conjuntas donde la responsabilidad ya no recae únicamente en la persona que redacta las directivas y dónde no sólo se ven reflejadas sus preocupaciones, sino las preocupaciones de todos los actores involucrados en dichas decisiones.

Es indispensable que se produzca otro cambio en nuestra comprensión de estas herramientas. La toma de decisiones no puede considerarse como estática e inamovible, sino que debe ser revisado conforme se van atravesando diferentes etapas de la enfermedad, en la medida de lo posible, reafirmando o reemplazando las indicaciones previamente realizadas.

Finalmente, señalan Hickman et. al., es claro que esta propuesta debe respaldarse en cambios dentro de los sistemas de salud que incluyan la posibilidad de poner en funcionamiento este tipo de directivas a través de políticas públicas y programas de capacitación para sus beneficiarios y los profesionales que en ellos trabajan.

La intención original detrás de las primeras directivas anticipadas fracasó. Este fracaso se produjo, en gran medida, no por causa de un error en las intenciones detrás de estos documentos, sino por cuestiones relativas a la forma y alcance de los mismos. Los nuevos modelos intentan ofrecer soluciones a estas limitaciones presentadas por los modelos tradicionales. Solo el futuro mostrará si esto es posible, o si el fracaso es definitivo.

## **6.7. La falsa promesa de las directivas anticipadas**

Henry Perkins, en su artículo “Controlando la muerte: la falsa promesa de las directivas anticipadas” (2007), analiza la aplicación de las directivas anticipadas desde sus inicios hasta nuestros días y señala que, contrariamente a lo que se ha creído durante mucho tiempo, estos documentos han tenido muy poco efecto en las decisiones sobre tratamientos.

Las personas a menudo expresan sus deseos de tener algún tipo de injerencia en su atención médica futura y muchas veces se ven incapacitados para llevar adelante este deseo. A pesar de este propósito admirable, señala Perkins, las directivas han enfrentado desde sus orígenes un creciente número de críticas. Muchas de estas críticas, como se ha visto en este capítulo, han sido dirigidas a problemas relacionados con la aplicación de dichos documentos y no hacia los documentos en sí. Sin embargo, este autor tomará el otro camino e intentará mostrar las fallas internas de esta propuesta y la necesidad de considerar alguna alternativa más eficiente hacia los cuidados futuros de nuestra salud.

Las directivas anticipadas poseen al menos dos beneficios que se destacan, concede Perkins en su análisis. En primer lugar, simbolizan el compromiso cada vez más fuerte de la medicina con el empoderamiento de los pacientes y la idea de que tienen derecho a tomar decisiones sobre sus tratamientos. Históricamente, el poder se concentraba casi con exclusividad en manos de los profesionales. Sin embargo esta perspectiva estrictamente paternalista se fue desplazando hacia una perspectiva atenta a los derechos de los pacientes. Estos documentos tienen la ventaja de recordar a los profesionales el valor que poseen las decisiones de los pacientes en lo relativo a toma de decisiones sobre su salud.



En segundo lugar, las directivas anticipadas obligan a las personas a enfrentarse con su finitud, permitiéndoles ser parte del fin de sus vidas. Si bien en un comienzo puede generar rechazo, al avanzar sobre la planificación de los tratamientos futuros, ese miedo se disipa y contribuye, al menos en parte, a superar la aversión y el miedo a la muerte.

Sin embargo estas ventajas no alcanzan para justificar los problemas asociados con el uso de estos documentos. El autor comienza por analizar ciertos problemas menores, pero no por eso menos importantes, que se desprenden del uso de estos documentos. El primero tiene que ver con un problema práctico: los pacientes parecen esperar -con razón- que sea el profesional quien les ofrezca este tipo de toma de decisiones prospectivas. Para ello, el profesional debe cumplir con una serie de condiciones: estar correctamente entrenado en cuál es la mejor manera de encarar conversaciones sobre un tema tan acuciante como lo es la muerte de la persona, estar plenamente informado acerca de las implicancias legales del documento que está proponiendo que el paciente complete, poder responder con propiedad a todas las preguntas que el paciente le formule en relación con estas directivas y debe contar con tiempo suficiente en la consulta para poder iniciar y/o profundizar este diálogo. Estas condiciones parecen ser hoy imposibles de cumplir.

Otro problema práctico es que aún en los países en los cuales estos documentos se implementaron décadas atrás, son muy pocos los pacientes que redactan dichas directivas. Y todos los intentos realizados para promover esta herramienta no han logrado aumentar su uso (2007, p. 52).

Un problema más grave tiene que ver, señala Perkins, con el hecho de que las preferencias de los pacientes cambian con el paso del tiempo:

“El firme rechazo de un paciente sano a recibir quimioterapia puede cambiar cuando ese paciente se enfrenta a un cáncer que amenaza su vida. Del mismo modo, las preferencias de un paciente pueden cambiar

en relación con su decisor subrogado a medida que sus vínculos cambian". (2007, p. 53)

Todos estos hechos nos llevan a preguntarnos, con razón, si acaso los deseos pasados expresados en las directivas anticipadas poseen valor en el presente. Aun en el caso de que las directivas anticipadas hayan sido completadas correctamente, señala Perkins, su implementación es también problemática. A menudo, cuando se deben tomar decisiones sobre el tratamiento de un paciente incapaz, los profesionales no cuentan con dichos documentos. Sólo en unos pocos casos en los cuales la persona sufre de una prolongada internación estos documentos están al alcance de todos los profesionales involucrados en el tratamiento de ese paciente. Otro problema de gran importancia, a menudo ignorado por los defensores de las directivas anticipadas, es la imputación de invalidez de estos documentos por parte de los profesionales de la salud: cuando el profesional se enfrenta a determinado pedido con el que no está de acuerdo o cuando el profesional no acompañó al paciente en la toma de decisiones, puede dudar del modo en que dichas decisiones fueron tomadas. Del mismo modo, el profesional puede tener dudas acerca de los alcances de los pedidos que figuran en dichos documentos, especialmente cuando su presentación es vaga e imprecisa.

Si fuera el caso, señala Perkins, que los problemas en torno de las directivas anticipadas relacionadas con la atención en salud fueran problemas de aplicación como los considerados hasta ahora, podríamos sostener que modificaciones en su presentación, redacción y uso permitirían volver a afirmar sus beneficios. Pero esto se ha intentado por varias décadas y no parece haber tenido éxito.

Frente a estos problemas inherentes a las directivas anticipadas como herramienta de toma de decisiones sobre atención médica futura cabe preguntarse ¿deben seguir utilizándose? Distintas voces se han manifestado tanto

a favor como en contra de la validez de estos documentos. Parecería que la solución se halla en proponer una salida intermedia: continuar en la búsqueda de mejores alternativas y seguir utilizándolos hasta encontrar una mejor opción.

# **CAPÍTULO 7**

## **CONCLUSIÓN**



## 7. CONCLUSIÓN

El concepto de persona aún juega un rol central en las discusiones en bioética. Esto puede deberse a la fuerte impronta que esta noción ha tenido -y continúa teniendo- en la historia reciente del pensamiento de la cultura occidental. Como se ha mostrado a lo largo de este trabajo, de manera conjunta con la necesidad de establecer los límites y alcances de esta noción se intenta determinar cuáles son los límites y alcances de nuestras consideraciones morales en relación con la misma. El espectro cubierto por estas decisiones dependió siempre del criterio de identidad personal adoptado.

Al inicio de esta investigación se mencionó la importancia de los efectos que los avances tecnológicos en las ciencias de la salud tuvieron sobre las cuestiones asociadas a la clarificación de estos criterios de identidad personal, poniendo en jaque la idea predominantemente moderna de que la persona debe ser comprendida como un ser racional que posee reflexión y autoconciencia y que aspira a guiar su propia vida. Este concepto individualista que hace fuerte hincapié en el aspecto racional del sujeto, es también central en la defensa del derecho a la autonomía que, comprendido de una manera radical, habilita al sujeto a tomar casi toda clase de decisiones acerca de su tratamiento y atención médica, de manera actual o prospectiva, y obliga a los profesionales de la salud a respetar las decisiones del paciente autónomo, aun si no están de acuerdo con ellas<sup>60</sup>.

Sobre la base de este derecho, las otras personas deben abstenerse de tomar decisiones en relación con la salud de los agentes autónomos. Sin embargo, la autonomía definida como la ausencia de restricciones externas trae aparejadas cuestiones problemáticas. Lo mismo puede decirse de la justificación de las directivas anticipadas que se sostiene en esta noción.

---

<sup>60</sup> Las excepciones, claro está, son aquellos pedidos que colisionan con lo que las leyes de los diferentes países permiten, típicamente pedidos de eutanasia o de suspensión de tratamiento.

Desde mediados de la década de 1970, el uso de los documentos de directivas anticipadas se ha promovido como la herramienta principal para comunicar formalmente los deseos de las personas en relación con la atención de su salud y los cuidados al final de su vida, al permitir a los individuos detallar por anticipado la clase de intervenciones médicas que desean y no desean recibir y quiénes serán los encargados de tomar decisiones en su lugar cuando ya no puedan hacerlo por sí mismos. Estos documentos se suponían útiles para garantizar y aumentar el respeto de los profesionales hacia nuestros deseos como pacientes en relación con nuestros tratamientos futuros. Sin embargo, como se ha mostrado en este trabajo, no queda claro que las directivas anticipadas ofrezcan un enfoque viable para lograr dicho objetivo.

La justificación del respeto por las directivas anticipadas fue originalmente establecida sobre el respeto al derecho de la autonomía del individuo, de tomar decisiones concernientes a sus vidas, tanto presentes como futuras, en concordancia con sus valores y lo que consideran una vida que vale la pena ser vivida (justificación que, como se mostró, ha sido duramente cuestionada). De acuerdo con esta idea, permitir a una persona extender los alcances de sus decisiones autónomas hasta un estado futuro en que sea incapaz de tomar decisiones sobre su vida y salud, parece permitirle retener cierto control sobre su vida.

Cabe preguntarse si acaso es legítimo otorgar a la noción de autonomía el peso moral que la mayor parte de la comunidad de bioeticistas le ha otorgado. ¿Debe ser la autonomía en todos los casos el principio determinante a la hora de tomar decisiones éticas en la esfera de la salud? Se pueden ofrecer cuatro objeciones para socavar esta perspectiva: la primera de estas objeciones se dirige contra el concepto liberal de autonomía fundado en una concepción equivocada del yo individual; la segunda advierte que dicha perspectiva conlleva la negación o anulación de los valores relacionados con la justicia; la tercera de las objeciones señala que el enfoque liberal sobre la autonomía no permite ciertos actos

paternalistas justificados; en cuarto lugar, una defensa de la autonomía como valor supremo no logra dar cuenta de la importancia de las relaciones personales en la planificación anticipada de cuidados. Revisemos estas críticas en profundidad.

La primera objeción señala que la autonomía, expresada como un valor superior a los otros, se manifiesta con fuerza en perspectivas liberales de la bioética. De acuerdo con este enfoque, la autonomía se construye como un concepto fuertemente individualista que implica una concepción equivocada del yo como un agente plenamente racional, independiente y separado de todo contexto social, cuyas decisiones parecen deber ser tomadas sin tener en cuenta al grupo social del que forma parte. Una ética correspondiente con esta noción de autonomía parece negar la existencia de los otros que también forman parte de dicho proceso de toma de decisiones. La persona se encuentra esencialmente inmersa en una red de relaciones con otras personas que forman parte de su vida y quienes participan también, de manera directa o indirecta, en sus decisiones. Esta objeción concuerda con la propuesta de quienes defienden una perspectiva narrativa de la noción de persona y parece mostrar una grave falencia de la noción de autonomía, a saber, la imposibilidad de pensar a partir de ella en la relación de la persona con su comunidad y con valores que la trascienden, y que son intersubjetivos y compartidos por sus grupos de pertenencia.

Se podría responder a esta crítica señalando que estas concepciones en torno de la autonomía no descansan en una ética puramente individualista, sino que revelan un concepto general que las atraviesa y que puede ser comprendido en términos de la capacidad de autogobierno, autodeterminación y posesión de ciertos valores de acuerdo con los cuales llevamos adelante nuestras decisiones. En otras palabras, el foco no se encuentra puesto en la exclusión total de los otros de la esfera de la toma de decisiones, sino en resaltar la importancia de que cada uno pueda decidir sobre el curso de su vida. Lo que esta perspectiva intenta preservar y promover no es más que la habilidad de los individuos de ejecutar acciones acordes con su desarrollo personal el que incluye el reconocimiento de



condiciones sociales y culturales que han dado forma al desarrollo de su personalidad a lo largo del tiempo. A pesar de que esta noción ha sido criticada por parecer una propuesta demasiado individualista, esto no significa que los individuos se encuentren por completo separados de los contextos histórico-sociales que los contienen y les dan forma.

La segunda objeción señala que esta noción conlleva en su misma formulación la negación de la idea de justicia. Existe un conflicto potencial entre la defensa del derecho a la autonomía y la defensa del derecho a la justicia toda vez que los pacientes puedan tomar cualquier clase de decisiones en torno de sus tratamientos futuros sin importar el impacto que dichas decisiones pueden tener en el bienestar de los otros implicados en ellas. En otras palabras, uno de los problemas de esta defensa de la autonomía desde una perspectiva liberal es que permite que los intereses particulares tengan mayor peso que los intereses de los otros.

Este señalamiento se encuentra estrechamente conectado con el anterior y una posible respuesta debería seguir la misma línea, señalando que esta crítica se desprende de una comprensión inexacta de la defensa de la autonomía personal, que exagera el alcance que pretende dársele a la misma. Una defensa de este derecho no implica que en todos los casos se deba acceder a los pedidos de los pacientes (Appel, 2010). El legítimo ejercicio de su autonomía en la planificación anticipada de los cuidados en relación con su salud consiste en la utilización responsable de su libertad de acción, de acuerdo con la cual el camino elegido no siempre será aquél que promueva su interés particular. Sin embargo, no es claro que así sea.

La tercera objeción señala que la autonomía, comprendida desde la perspectiva liberal, no permite ofrecer justificación de ciertos actos paternalistas. Esto representa un problema grave para la perspectiva de la autonomía en relación con la planificación anticipada de atención en salud, ya que la misma

incluye la figura de decisores subrogados, quienes se encuentran habilitados para propiciar tratos paternalistas en algunos casos. Estos casos son especialmente los que se desprenden de situaciones en las cuales existe un grave conflicto entre el pedido precedente del paciente y el cuidado en relación con su bienestar actual. Si bien se debe reconocer que con el fin de llevar adelante una buena vida, los adultos competentes deben tener garantizada su autodeterminación y la ausencia de interferencia por parte de los otros, en el caso en que sus pedidos precedentes colisionan con lo que se considera su bienestar actual, la noción de autonomía es conflictiva.

La distinción entre paternalismo débil y fuerte podría ofrecer una respuesta a esta objeción. Este tipo de conductas obtienen su fundamento moral de la protección del valor de beneficencia. La distinción entre ambas clases se basa en el estado mental o psicológico de la persona sobre quien se ejerce la conducta paternalista, en el momento en que ésta se ejerce. El paternalismo débil es definido como la intervención para proteger o beneficiar a individuos que tienen, o se sospecha que tienen, disminuida su capacidad para tomar decisiones. El paternalismo fuerte, por su parte, es la intervención para proteger o beneficiar a individuos adecuadamente informados y competentes, pese a su rechazo a consentir lo que se está haciendo. Estas intervenciones pueden aplicarse de modo justificado en los casos de directivas anticipadas que colisionen con el bienestar de los sujetos a quienes ahora se les aplican. Pero determinar en qué casos sería válido y en qué casos no, es una tarea demasiado compleja.

La cuarta y última objeción es la más fuerte de todas y señala que la noción liberal de autonomía no logra dar cuenta de la importancia de las relaciones personales en la planificación anticipada de la atención en salud, la cual no puede ni debe ser reducida a una serie de pedidos que la persona realiza en relación con el tratamiento que desea recibir o rechazar en el futuro, sino que involucra necesariamente el cumplimiento de esos pedidos, que serán (o no) llevados adelante por otros. La planificación anticipada de la atención en salud debe ser

vista, entonces, como un proceso social que excede inclusive la esfera de la relación profesional-paciente y atraviesa casi todas las esferas de la vida de la persona. El concepto liberal de autonomía conlleva un fuerte sentido de independencia y aislamiento en la toma de decisiones y falla en reconocer la naturaleza inherentemente social de los seres humanos.

Es claro, a partir de este análisis, que la apelación liberal al concepto de autonomía parece no poder ofrecer un marco teórico apropiado para dar cuenta del tipo de relaciones existentes en la toma de decisiones sobre la atención en salud. La falencia más grave es quizás la falta de reconocimiento que esta perspectiva muestra en relación con la importancia que el impacto de estas decisiones posee en los otros. En los contextos liberales de análisis de problemáticas bioéticas, cuando se discute la legitimidad de las directivas anticipadas, la autonomía continúa ocupando un rol central e incluso se ubica, muchas veces, por encima de consideraciones como la beneficencia. Esto se debe a que parece existir un acuerdo en que la libertad de elección es el valor más importante para los pacientes. Sin embargo, esto no siempre es así. La propuesta liberal resulta insuficiente para dar cuenta de la importancia de las relaciones personales como un factor clave de la toma de decisiones anticipadas en la planificación de la salud. Las personas, en tanto forman parte de grupos sociales y se encuentran en continuo contacto con los otros, cuidando y siendo cuidados, poseen obligaciones recíprocas. Este punto en particular parece haber sido olvidado por los propulsores de la propuesta clásica de las directivas anticipadas como herramienta de toma de decisiones. La autonomía no es un derecho que se dé en el vacío sino en la vida en común, y su garantía depende de la existencia de estas redes de interdependencia entre las personas. La mayoría de las personas no se encuentran a gusto con esta idea de libertad total, libre de restricciones y desconectada de la intervención de los otros (Antolín; Sanchez, 2011). En contraparte, una renuncia total a dicha libertad resulta igual de atemorizante. El único punto en que todos parecen acordar es el respeto de las personas, como

individuos con una vida única y valiosa, signada por objetivos que son los que deben tenerse en cuenta para ofrecer el respeto necesario para garantizar el peso y la validez de sus decisiones. Es por este motivo que la interpretación clásica de las directivas pierde fuerza al ser analizada en profundidad.

Dentro de la misma línea crítica en relación con el modelo clásico de directivas anticipadas, cabe resaltar uno de los mayores peligros para la ética de la atención en salud en nuestros tiempos. En un movimiento no buscado, aunque previsible, el temor al paternalismo médico desmedido se ha trasladado al otro extremo del espectro: el temor a que los profesionales incurran en el abandono de sus pacientes, en pos del respeto a su autonomía como personas. Es claro que cumplir con los pedidos de las personas no implica de ningún modo el abandonarlas a su libertad. Implica, por el contrario, garantizarles los mejores cuidados posibles en acuerdo con sus deseos e intereses. Esto puede lograrse de acuerdo con el respeto a la autonomía entendida no sólo como el derecho a la no interferencia en la toma de decisiones, sino también como el derecho a decidir qué es bueno para uno mismo. El primero de estos sentidos, el derecho a la no interferencia, impone una obligación negativa hacia los demás de abstenerse de llevar adelante tratamientos o intervenciones médicas no consentidas o deseadas por la persona. El segundo, en cambio, implica una obligación positiva de garantizar, de cara al tratamiento, que las decisiones sean tomadas teniendo en cuenta los mejores intereses del paciente. Es de vital importancia no perder de vista que la existencia de un documento de directivas anticipadas no exime al profesional de la salud de la obligación de tomar en consideración qué es lo más conveniente para los intereses de su paciente en cada momento.

Sin embargo, aún salvadas estas cuestiones, cabe preguntar si acaso vale la pena seguir defendiendo la utilidad de los documentos de directivas anticipadas. Si bien se ha mostrado que el fracaso de estos documentos puede estar relacionado con el hecho de que trasladan el peso de la decisión sobre tratamientos futuros enteramente al paciente, situación con la cual pocas personas

se sienten cómodas, no es así en todos los casos. Desestimar el valor de los documentos de directivas anticipadas, significaría restar un derecho a quienes desean tomar dichas decisiones por sí mismos en cuanto defienden fuertemente su autonomía y la consideran un valor supremo. Frente a estos casos, el camino correcto a seguir puede consistir en analizar y valorar cada situación particular en la cual se requiera la redacción de estos documentos. La justificación detrás de esta propuesta es que, de aplicarse, permitiría que quienes desean ejercer su derecho a manifestarse en torno de sus tratamientos médicos futuros pudieran aún hacerlo, pero que de todos modos existiera cierta clase de salvaguardas para garantizar que dichos pedidos cumplan con los criterios adecuados de consentimiento.

A esta propuesta puede objetársele, por supuesto, que resta fuerza a las directivas anticipadas en la medida en que el profesional debe recurrir a otras comprobaciones más allá del documento firmado por el paciente (que puede incluir el diálogo con sus familiares o cuidadores para asegurar que el documento refleje lo que el paciente realmente quiso consentir) así como también incluir en sus consideraciones los aspectos que tienen que ver con los intereses actuales de los pacientes. Pero ¿no podría ser esta comprobación una ventaja inexplorada de estos documentos? La redacción de estas directivas requiere de las personas que reflexionen sobre temas considerados tabú (como las enfermedades y la muerte) y las incentivan a pensar en el fin de sus vidas, a manifestar sus deseos personales sobre estas situaciones con los profesionales y sus seres queridos, a aclarar preferencias sobre tratamientos, etcétera. La materialización de las preferencias en la redacción de uno de estos documentos sirve para poner en palabras lo que se suele ocultar y esto podría considerarse un aspecto positivo. Sin embargo, para que esto suceda, el paciente dispuesto a dejar directivas anticipadas ya ha reflexionado sobre estas cuestiones. Su valor, quizás radica, en servir de excusa a la persona, no para pensar sobre estos temas, sino para debatirlos con el profesional que lo atiende o con su familia y amigos.

Los procesos de comunicación y la deliberación entre pacientes, profesionales, y seres queridos constituyen unos de los aspectos más importantes del cuidado y permiten que el fin de la vida sea comprendido como un proceso natural y como una experiencia llena de sentido. El fracaso de las propuestas clásicas de los documentos de directivas anticipadas se ha debido en gran medida al hecho de que no se ha otorgado la importancia que merece a la comunicación entre los pacientes y el resto de las personas involucradas en la toma de decisiones sobre su salud.

El papel de los documentos de directivas anticipadas debería ser pensado como una parte necesaria, pero no suficiente en los procesos de planificación anticipada de los tratamientos en salud. Las directivas no pueden ser consideradas de acuerdo con el modelo clásico, como documentos estáticos y cerrados, sino como parte de un proceso permanente en el marco de la relación clínica. Para ello es necesario alentar y facilitar la deliberación sobre valores y preferencias del paciente, brindando información sobre los problemas del final de la vida y permitiendo que diferentes escenarios y situaciones posibles sean debatidos entre todos los implicados en los procesos actuales y futuros de toma de decisiones.

Se puede objetar que esta propuesta en torno de la toma de decisiones deliberadas en la planificación anticipada de la salud, que incluye no sólo al paciente sino a todo el entorno involucrado en sus decisiones, resulta una tarea demasiado compleja para ser llevada adelante. Sin embargo, lejos de ser una complicación extra, no es más que el mero reflejo de la complejidad de la situación en la que ya se encuentran todos los que se relacionan con los sistemas de salud, sea como beneficiarios, acompañantes de ellos o como prestadores. Todas las situaciones que tienen que ver con la toma de decisiones al final de la vida son situaciones de por sí complejas. Y los procesos de reflexión y diálogo que acompañan a estas situaciones, lejos de complicarlas aún más, ofrecen seguridad y tranquilidad sobre decisiones futuras -tanto a profesionales como a pacientes y

otros decisores- que deban ser tomadas en situaciones de emergencia o que no han sido planificadas. Esta propuesta permite dar cuenta de uno de los problemas en relación con la redacción de los documentos de directivas anticipadas señalado por sus oponentes: que las preferencias de la gran mayoría de los pacientes cambian con las diferentes circunstancias a las que les toca enfrentarse. Y permite que las personas puedan manifestar libremente este cambio de perspectiva sobre lo que desean sobre la base de sus experiencias actuales de la enfermedad, sin sentirse constreñidos por haber firmado un documento.

La vida es una serie compleja de eventos lo suficientemente impredecible como para ser fijada de modo adecuado en un documento de directivas anticipadas. Es extraño que este punto tan evidente haya sido pasado por alto por los defensores del modelo clásico. Pero el reconocimiento de este punto no debe tampoco implicar, como sugieren ciertos detractores de esta propuesta, que estas herramientas de toma de decisiones sean abandonadas. Se trata de lograr evitar los problemas que la comprensión de estos documentos posee dentro de los procesos de planificación anticipada de la salud.

Las directivas anticipadas consideradas parte de un proceso más complejo de planificación de la atención en salud tienen como objetivo asegurar que la atención sanitaria se lleve adelante conforme a las preferencias del paciente una vez que éste sea incapaz de participar en la toma de decisiones. Consideradas de este modo, como parte de un proceso dialógico y deliberativo, exceden la mera redacción de un documento legal y se conforman en un análisis conjunto sobre lo que en el futuro pueda acaecer a los enfermos graves, sobre cómo quieren los pacientes y sus familias que sus creencias y preferencias guíen las decisiones en salud -especialmente frente a problemas médicos críticos inesperados- y sobre cómo se podrían resolver preocupaciones relacionadas con cuestiones económicas, familiares y otras que preocupan a las personas que enfrentan una enfermedad grave.

Esta propuesta, además, trae aparejada una serie de ventajas que superan a las asociadas a la mirada clásica sobre la función de los documentos de directivas anticipadas. En primer lugar, alienta y mejora el proceso de toma de decisiones, habilitando la toma de decisiones compartida entre los pacientes, su familia y seres queridos y los profesionales a cargo.

En segundo lugar, el carácter dialógico y dinámico de esta propuesta permite una mejor comprensión del pronóstico del paciente, permitiendo que éste delegue ciertas decisiones sobre tratamientos futuros en los otros. Esto contribuye a una mejor toma de decisiones en situaciones clínicas cambiantes, permitiendo el balance entre la especificidad del pedido precedente con la flexibilidad necesaria para adecuarlo a las situaciones actuales.

En tercer lugar, contribuye a mejorar los resultados de la toma de decisiones en pacientes incompetentes optimizando su bienestar, permitiendo que éstos retengan el control sobre su asistencia sanitaria por medio de una discusión previa que permita a los profesionales de salud sentirse cómodos y cumplir con los pedidos anticipados, sobre la base de que ellos han sido también parte del proceso de toma de decisiones y han tenido su oportunidad de objetar y manifestarse en torno de estos pedidos.

En cuarto lugar, esta propuesta cuenta con la ventaja de que no se limita a un cuestionario a través del cual la persona toma decisiones llenando espacios o marcando casilleros, sino que se completa con apreciaciones, que pueden ser verbales o también escritas, sobre los valores, creencias e intereses que guían su vida y los cuales deberán ser tenidos en cuenta en el futuro, cuando llegue el momento de tomar decisiones sobre su tratamiento.

La forma clásica de los documentos de directivas anticipadas carece de sentido si no va acompañada de un diálogo abierto, profundo y honesto entre todos los implicados en la toma de decisiones y en el planeamiento anticipado del tratamiento de un paciente que en algún momento no será ya capaz de expresar



su acuerdo o desacuerdo con las diferentes formas de proceder. Las decisiones que se toman a través de la redacción de estas directivas no son prescindibles. Por el contrario, son realmente necesarias. Pero se las debe entender no como un punto de llegada y de cierre, sino como parte de un proceso más amplio y flexible de deliberación con los pacientes sobre la base de sus valores, sus intereses y su experiencia de la enfermedad.

Los intentos de mantener la validez de las directivas anticipadas requieren de un proceso de reflexión individual y comunitaria en el que el papel de los profesionales de la salud cumpla un rol activo y comprometido. Parece también, en relación con la planificación anticipada de la asistencia en salud, que hay que trasladar estos documentos de la esfera de lo legal e insertarlos en el territorio de la ética de la salud, presentándolos como herramientas que posibilitan y abren el diálogo entre los profesionales, el paciente y sus seres queridos.

Finalmente, este enfoque se establece como un punto medio entre la defensa firme de la forma clásica que toman los documentos de directivas anticipadas y el rechazo total de estas herramientas de toma de decisiones por parte de sus detractores. La validez de las directivas anticipadas puede afirmarse si se logra ir un poco más allá de la propuesta clásica -que no ha alcanzado su objetivo-, comprendiendo estos documentos como parte, y no fin, de un proceso de comunicación y reflexión llevado adelante entre todos los participantes en la relación clínica, cuyo objetivo sea el respeto de los valores del paciente en todas sus dimensiones y hasta el fin de su vida.

# APÉNDICE





**Listado de países que poseen leyes que permiten y regulan de manera explícita los documentos de directivas anticipadas**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>E</b>	<b>F</b>
Alemania	Bahamas	Canadá	España	Finlandia
Argentina	Bélgica		Estados Unidos de América	Francia
Australia	Bermudas	<b>D</b>	Estonia	
Austria	Brasil	Dinamarca		<b>G</b>
				Georgia
<b>H</b>	<b>L</b>	<b>P</b>	<b>S</b>	
Hungría	Liechtenstein	Países Bajos	Samoa Americana	<b>T</b>
Holanda		Panamá	Singapur	Tailandia
	<b>M</b>	Portugal	Suecia	Taiwán
<b>I</b>	México	Puerto Rico	Suiza	
India				<b>U</b>
Israel	<b>N</b>	<b>R</b>		Uruguay
Italia	Nueva Zelanda	Reino Unido		

## **La regulación de las directivas anticipadas en la legislación argentina**

La ley 26.529 “Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud” fue aprobada en Argentina a finales del mes de octubre del año 2009 y reglamentada tres años después, el mes de julio del año 2012 (D.N. 1.089/2012).

A continuación se presenta el texto completo de la ley, en cuyo artículo 11° se especifica la legalidad de los documentos de directivas anticipadas y su alcance.

### **SALUD PUBLICA - Ley 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.**

Sancionada: Octubre 21 de 2009 Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

#### **DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

ARTICULO 1° — Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

#### **Capítulo I**

#### **DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD**

ARTICULO 2° — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana

y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

## Capítulo II

### DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3º — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTICULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

## Capítulo III

### DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º — Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

a) Su estado de salud;

b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;

- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

ARTICULO 8º — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9º — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica. En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

**ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las**



**directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes<sup>61</sup>.**

#### Capítulo IV

#### DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada.

El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

---

<sup>61</sup> Las negritas son nuestras.

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios.

La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito”, y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de “habeas data” a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las

mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

## Capítulo V

### DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local. Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE. — REGISTRADA BAJO EL N° 26.529 — JULIO C. C.

COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada

# **BIBLIOGRAFÍA**



Adams R. (1989) Should Ethics Be More Impersonal? *The Philosophical Review*. 98: 439-484.

Adrian Smith U. (1996) Misgivings about Advance Directives. *The American Journal of Nursing*. 96 (11):15-16.

Agich G. J., Jones R. P. (1986) Personal identity and brain death: A critical response. *Philosophy and Public Affairs*. 15 (3):267-274.

Agustín (1974) *Confesiones*. Madrid. Biblioteca de Autores Cristianos.

Agustín (1982) *Del libre albedrío*. Madrid. Biblioteca de Autores Cristianos.

Allison H. E. (1966) Locke's Theory of Personal Identity: A Re-Examination. *Journal of the History of Ideas*. 27:41-58.

Anderson, J. (1995) The persistence of authenticity. *Philosophy and Social Criticism*. 21 (1):101-109.

Angora Mazuecos F. (2008) Voluntades Anticipadas vs. Instrucciones Previas o Testamento Vital en Atención Primaria de Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2 (5):210-215.

Annas G. J. (1990) Nancy Cruzan and the right to die. *New England Journal of Medicine*. 323:670-673.

Annas G. J. (1991) The health care proxy and the living will. *New England Journal of Medicine*. 324:1210-1213.

Anscombe G. E. M. (1975) *The First Person*. *Mind and Language*. Guttenplan (Ed.) Oxford. Clarendon Press.

Antiseri D., Reale G. (1992) *Historia del pensamiento filosófico y científico*. Barcelona. Herder.

Antolín A., Ambros A., et. al. (2007) Conocimientos acerca de su enfermedad y de los documentos de voluntades anticipadas en los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas descompensadas que consultan en urgencias. *Emergencias*. 19:245-50.

Antolín A., Miró O., et. al. (2011) Muerte, dignidad y voluntades anticipadas. *Gacetilla Sanitaria*. 25 (5):440-440.

Antolín A., Sánchez M., et. al. (2011) Evolución temporal en el conocimiento y el posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. *Gacetilla Sanitaria*. 25 (5): 412-418.

Appel J. (2010) When Any Answer Is a Good Answer: A Mandated-Choice Model for Advance Directives. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 19 (03):417-421.

Aquino T. (2001) *Summa Theológica*. Madrid. Biblioteca de Autores Cristianos.

Argentina HCdIN (2009) Ley 26.529. Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

Ariés P. (2000) *Historia de la muerte en Occidente*. Barcelona. Acantilado.

Atkins K. (2000) Personal identity and the importance of one's own body: A response to Derek Parfit. *International Journal of Philosophical Studies*. 8 (3):329-349.

Ayers M. (1990) *Locke*. London. Routledge.

Azulay Tapiero A. (2004) Las diferentes formas de morir: Reflexiones éticas. *Anales de Medicina Interna*. 21 (7):49-52.

Azulay Tapiero, A. (2001) Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?. *Anales de Medicina Interna*. 18 (12): 650-654.

Baillie J. (1991) Split brains and single minds. *Journal of Philosophical Research*. 16:11-18.

Baillie J. (1993a) *Problems in Personal Identity*. New York. Paragon House.

Baillie J. (1993) Recent work on personal identity. *Philosophical Books*. 34 (4):193-206.

Baillie J. (1996) Identity, relation r, and what matters: A challenge to Derek Parfit. *Pacific Philosophical Quarterly*. 77 (4):263-267.

Baker Lynne R. (2000) *Persons and Bodies: A Constitution View*. Cambridge University Press.

Baker Lynne R. (2002) The ontological status of persons. *Philosophy and Phenomenological Research*. 65 (2):370-388.

Baker Lynne R. (2004) On being one's own person. In *Reasons of One's Own*. Slors M., van den Brink B. (eds.). Aldershot. Ashgate Publishing.

Baker Lynne R. (2005). When does a person begin? *Social Philosophy and Policy*. 22 (2):25-48.

Barber S. G. (1999) (In)Valid Consent of Advance Directives. *Journal of Medical Ethics*. 25 (6):549-550.

Barresi J. (1999) On becoming a person. *Philosophical Psychology*. 12 (1):79-98.

Barrio Cantalejo I., Simón Lorda P. (2006) Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personal incapaces. *Revista Española de Salud Pública*. 80 (4):303-315.

Barrio Cantalejo, I. (2008) Revisión de la literatura sobre el uso del testamento vital por la población mayor. *Gerokomos*. 19 (2):22-32.

Baudouin J. L., Blondeau D. (1995) *La ética ante la muerte y el derecho a morir*. Barcelona. Herder.

Beauchamp T. L. (1992) The Moral Standing of Animals in Medical Research. *Journal of Law Medicine and Ethics*. 20:7-16.

Beauchamp T. L. (1999) The Failure of Theories of Personhood. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 9 (4):309-324.

Beauchamp T. L., Childress J. F. (1979) *Principles of Biomedical Ethics*. New York. Oxford University Press. (Traducción al español *Principios de ética médica*. 1999. Barcelona. Masson.).

Becker Gerhold K. (1999) Personhood. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 9 (4):289-292.



Belli, L. (2009) Notas introductorias a la traducción de "De la Identidad Personal" (en Joseph Butler: Analogía de la religión, natural y revelada, a la constitución y el curso de la naturaleza). Cuadernos de filosofía. 52: 133-135.

Belvedresi R. (2004) Memoria e identidad ¿A la búsqueda de los recuerdos perdidos? Revista latinoamericana de filosofía. 30 (2):361-372.

Belzer M. (2005) Self-conception and personal identity: Revisiting Parfit and Lewis with an eye on the grip of the unity reaction. Social Philosophy and Policy. 22 (2):126-164.

Benn S. (1976) Freedom, Autonomy and the Concept of a Person. Proceedings of the Aristotelian Society. 76:123-30.

Berger J. T. (2010) What About Process? Limitations in Advance Directives, Care Planning, and Noncapacitated Decision Making. American Journal of Bioethics. 10 (4):33-34.

Berkeley G. (1992) Alcifrón o el filósofo minucioso. España. Paulinas ediciones.

Berofsky B. (1964) Determinism and the concept of a person. Journal of Philosophy. 61:461-475.

Beširević V. (2010) End-of-Life Care in the 21st Century: Advance Directives in Universal Rights Discourse. Bioethics. 24 (3):105-112.

Betancur M. C. (2005) Falsos presupuestos del problema de la identidad personal. De la identidad personal a la identidad narrativa. Estudios de Filosofía. 31:83-104.

Bird C. (2004) Status, Identity, and Respect. Political Theory. 32 (2):207-232.

Black O. (2003) Ethics, Identity and the Boundaries of the Person. Philosophical Explorations. 6:139-156.

Blanco L. G. (1997) Muerte digna. Consideraciones bioéticas-jurídicas. Buenos Aires. Ad-Hoc.

Blanco L. G. (2005) Directivas médicas anticipadas: la disidencia, admisión y rechazo de tratamientos médicos y el derecho a morir dignamente. Revista Notarial. 951:437-461.

- Blondeau D., Valois P., et. al. (1998) Comparison of Patients' and Health Care Professionals' Attitudes towards Advance Directives. *Journal of Medical Ethics*. 24 (5):328-335.
- Bock S. (1976) Personal directions for care at the end of life. *New England Journal of Medicine*. 295:367-9.
- Bonilla A., Losoviz A. I., et. al. (2006) ¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad en Bioética y Salud Mental. *Intersecciones y dilemas*. Buenos Aires. Akadia.
- Borowski E. J. (1976) Identity and personal identity. *Mind*. 85 (340):481-502.
- Bourdieu P. (1997) *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona. Editorial Anagrama.
- Braude S. E. (1996) Multiple personality disorder and moral responsibility. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 3 (1):37-54.
- Braude S. E. (2005) Personal identity and postmortem survival. *Social Philosophy and Policy*. 22 (2):226-249.
- Bremmer J. N. (2003) *El concepto del alma en la antigua Grecia*. Madrid. Siruela.
- Brennan A. (1969) Persons and their brains. *Analysis*. 30:27-31.
- Brennan A. (1982) Personal identity and personal survival. *Analysis* 42:44-50.
- Brennan A. (1988) Best Candidate Theories of Identity. *Inquiry*. 29:423-38.
- Brennan A. (1988) *Conditions of Identity*. Oxford. Oxford University Press.
- Brennan A. (1988) *Conditions of Identity: A Study of Identity and Survival*. Oxford. Oxford University Press.
- Brett A. S. (1991) Limitations of listing medical interventions in advance directives. *JAMA* 266:825-828

- Brill H. (2003) The Future-Like-Ours Argument: Personal Identity, and the Twinning Dilemma. *Social Theory and Practice*. 29:419-430.
- Brock D. (1988) Justice and the Severely Demented Elderly. *Journal of Medicine and Philosophy*. 13:73-99.
- Brock D. W. (1991) Trumping Advance Directives. *The Hastings Center Report*. 21 (5):5-6.
- Brock D. W. (1993) A Proposal for the Use of Advance Directives in the Treatment of Incompetent Mentally Ill Persons. *Bioethics*. 7 (2-3):247-256.
- Brock D. W. (1994) Good Decisionmaking for Incompetent Patients. *The Hastings Center Report*. 24 (6):8-11.
- Brock D. W. (1995) Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life: Ethical Issues. W. Reich (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*. New York. Simon and Schuster.
- Brody B (1974) An impersonal theory of personal identity. *Philosophical Studies*. 26:5-6.
- Brody H. (1976) *Ethical Decisions in Medicine*. Boston. Little Brown & Co.
- Broggi M. A. (2001) El documento de voluntades anticipadas. *Medicina Clínica*. 117:114-115.
- Brown J. H, Henteleff P., et. al. (1986) Is it normal for terminally ill patients to desire death? *American Journal of Psychiatry*. 143:208-11.
- Buber M. (1969) *Yo y tu*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- Buccafurni D. (2004) Advance Directives and the Problem of Personal Identity. *Global Virtue Ethics Review*. 5 (2):15.23.
- Buchanan A. (1988) Advance Directives and the Personal Identity Problem. *Philosophy and Public Affairs*. 17 (4):277-302.
- Buchanan A. E., Brock D. W. (1990) *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision-Making*. Cambridge. Cambridge University Press.

Burt R. A. (2005) The End of Autonomy. Improving End of Life Care: Why Has It Been So Difficult? Hastings Center Report Special Report. 35 (6):S9-S13.

Bushnell D. E. (1993) Identity, psychological continuity, and rationality. Journal of Philosophical Research. 18:15-24.

Butler J. (1975) The Analogy of Religion. John Perry (ed.). Personal Identity. Berkeley. University of California Press. Traducción de Belli, L. (2009) Cuadernos de filosofía. 52:135-140.

Cabrera M. (1984) Cartesianismo, fenomenología y solipsismo. Dianoia: anuario de Filosofía. 30:103-110.

Calinas Correia J. (2000) Autonomy and Identity. Journal of Medical Ethics. 26 (2):141.

Callahan D. (1987) Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. New York. Simon and Schuster.

Callahan D. (1995) Terminating Life-Sustaining Treatment of the Demented. Hastings Center Report. 25 (6):25-31.

Callahan D. (2000) The Troubled Dream of Life: In Search of a Peaceful Death. Washington, D.C. Georgetown University Press.

Callahan D. (2005) Death: 'The Distinguished Thing'. Improving End of Life Care: Why Has It Been So Difficult? Hastings Center Report Special Report. 35 (6):S5-S8.

Callahan K., Maldonado N., et. al. (2003) Bridge over troubled waters: end-of-life (EOL) decisions, a qualitative case study. The Qualitative Report. 8 (1):7-16.

Caló E. (2000) Bioética. Nuevos derechos y autonomía de la voluntad. Buenos Aires. Ed. La Roca.

Campbell S. (2001) Neo-lockeanism and circularity. Philosophia 28:477-489.

Campbell S. (2001) Persons and substances. Philosophical Studies. 104 (3):253-67.

Campbell S. (2006). The conception of a person as a series of mental events. Philosophy and Phenomenological Research. 73 (2):339-358.

- Cantor Norman L. (1993) *Advance Directives and the Pursuit of Death with Dignity*. Bloomington. Indiana University Press.
- Carpenter A. F., Neher J. O., et. al. (2004) *In Defense of Living Wills*. *The Hastings Center Report*. 34 (4):5-6.
- Carrithers M., Collins S., et. al. (1985). *The Category of the Person: Anthropology, Philosophy, History*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Carter W. R. (1988) *Our bodies, our selves*. *Australasian Journal of Philosophy* 66:308-319.
- Carter W. R. (1999) *Will I be a dead person?* *Philosophy and Phenomenological Research*. 59 (1):167-171.
- Cartwright H. M. (1987) *Ruminations on an account of personal identity*. Judith Jarvis Thomson (ed.), *On Being and Saying: Essays on Honor of Richard Cartwright*. MIT Press.
- Cassam Q. (1993) *Parfit on persons*. *Proceedings of the Aristotelian Society*. 93:17-37.
- Cecchetto S. (1999) *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*. Buenos Aires. Ad-Hoc.
- Chalmers D. (1999) *La mente consciente. En busca de una teoría fundamental*. Barcelona. Gedisa.
- Chappell T. (1995) *Personal identity, r-relatedness, and the empty question argument*. *Philosophical Quarterly*. 45 (178):88-92.
- Charlesworth M. (1994) *A good death*. Kuhse H. (ed.) *Willing to listen - waiting to die*. Melbourne. Penguin.
- Cherniack E. P. (2002) *Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it?* *Journal of Medical Ethics*. 28:303-307.
- Childress J. F. (1982) *Who should decide? Paternalism in health care*. New York/Oxford. Oxford University Press.
- Chisholm R. (1976) *Person and Object*. La Salle, IL. Open Court.

- Christman J. P. (2004) Narrative unity as a condition of personhood. *Metaphilosophy*. 35 (5):695-713.
- Churchill L. R. (1989) Trust, Autonomy, and Advance Directives. *Journal of Religion and Health*. 28 (3):175-183.
- Cifuentes S. (1995) *Derechos personalísimos*. Buenos Aires. Editorial Astrea.
- Clark S. R. (1991) How many selves make me? *Philosophy*. 29:213-33.
- Coburn R. (1960) Bodily Continuity and Personal Identity. *Analysis*. 20:117–120.
- Cohen Agrest D. (2004) *Temas de bioética para inquietos morales*. Buenos Aires. Ediciones del Signo.
- Cohen Agrest D. (2007) ¿Autonomía o compasión? Valores en juego en el tratamiento de pacientes con Alzheimer. Monroy Nasr Z., Medina Liberty A. (coords.) *Lenguaje, significado y psicología*. México. UNAM.
- Cohen Agrest D. (2008) ¿Nosotros, los de entonces, ya no somos los mismos? La identidad personal en la Modernidad. *Fuerzas y dinámica: de la metafísica a la física*. México. UNAM.
- Coleman S. R. (2000) Thought experiments and personal identity. *Philosophical Studies*. 98 (1):51-66.
- Collins A. W. (1997) Personal identity and the coherence of q-memory. *Philosophical Quarterly*. 47 (186):73-80.
- Copleston F. (1969) *Historia de la filosofía*. Barcelona. Ariel.
- Costa P. (2010) Personal identity and the nature of the self. James J. (ed.). *Scientific and Philosophical Perspectives in Neuroethics*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Cowley F. (1971) The identity of a person and his body. *Journal of Philosophy*. 68:678-683.
- Cuneo D. L. (1991) Los testamentos de vida y la voluntad a vivir dignamente. *Jurisprudencia Argentina*. 4:666-672.

D. Personalísimos. Directivas anticipadas. Amparo. 25/07/2005. Juzgado en lo Criminal y Correccional de Transición n.1 de Mar del Plata. Lexisnexis. Newsletter Extraordinario 25-08-05.

Danis M. (1991) A Prospective Study of Advance Directives for Life-Sustaining Care. *New England Journal of Medicine*. 324:882-88.

Danis M. (1994) Following Advance Directives. *The Hastings Center Report*. 24 (6):21-23.

Danis M. (1994) Stability of Choices about Life-Sustaining Treatments. *Annals of Internal Medicine*. 120 (5):67-73.

Danis M., Garrett J., et. al. (1994) Stability of choices about life-sustaining treatments. *Annals of Internal Medicine*. 120:567-73.

Darwall S. (1982) Scheffler on Morality and Ideals of the Person. *Canadian Journal of Philosophy*. 11:247-255.

Davis J. (2002) The Concept of Precedent Autonomy. *Bioethics*. 16 (2):114-133.

De Clercq R. (2005) A criterion of diachronic identity based on Locke's Principle. *Metaphysica*. 6 (1):23-38.

DeGrazia D. (1999) Advance Directives, Dementia, and 'the Someone Else Problem'. *Bioethics*. 13 (5):373-91.

DeGrazia D. (1999a) Persons, Organisms, and the Definition of Death: A Philosophical Critique of the Higher-Brain Approach. *Southern Journal of Philosophy*. 37:419-40.

DeGrazia D. (2002) Are we essentially persons? Olson, Baker, and a reply. *Philosophical Forum*. 33 (1):81-99.

DeGrazia D. (2003) Identity, Killing, and the Boundaries of Our Existence. *Philosophy & Public Affairs*. 31 (4):413-442.

DeGrazia D. (2005) *Human Identity and Bioethics*. Cambridge. Cambridge University Press.

Delden van J. J. M., Laurie G. (2004) The Unfeasibility of Requests for Euthanasia in Advance Directives. *Journal of Medical Ethics*. 30 (5):447-452.

Dennett D. (1976) Conditions of personhood. Amelie Oksenberg Rorty (ed.). *The Identities of Persons*. University of California Press.

Dennett D. (1981) *Brainstorms: Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Boston. MIT Press.

Dennett D. (1995) *La conciencia explicada*. Barcelona. Paidós.

Descartes R. (1983) *Discurso del Método*. Barcelona. Ed. Orbis.

Descartes R. (1999) *Meditaciones metafísicas*. Navarra. Folio.

Doepke F. (1990) The practical importance of personal identity. *Logos*. 83:83-91.

Dougan M. (2000) The "Disguised" Vertical Direct Effect of Directives? *The Cambridge Law Journal*. 59 (3):586-611.

Doukas D. J., Reichel W. (1993) *Planning for Uncertainty: A Guide to Living Wills and Other Advance Directives for Health Care*. Baltimore. Johns Hopkins University Press.

Doyal L. (1995) Advance Directives: Like A Will, Everybody Should Have One. *British Medical Journal*. 310 (6980):612-613.

Dresser R. (1982) Ulysses and the psychiatrists: a legal and policy analysis of the voluntary commitment contract. *Harvard Civil Rights - Civil Liberties Law Review*. 16:777-854.

Dresser R. (1986) Life, Death, and Incompetent Patients: Conceptual Infirmities and Hidden Values in the Law. *Arizona Law Review*. 28:373-405.

Dresser R. (1989) Advance directives, self-determination, and personal identity. Hackler C., Moseley R., et.al. (eds.) *Advance directives in medicine*. New York. Praeger.

Dresser R. (1992) *Autonomy Revisited: The Limits of Anticipatory Choices, Dementia and Aging: Ethics, Values and Policy Choices*. Maryland. Johns Hopkins University Press.



Dresser R. (1994) Advance Directives Implications for Policy. *The Hastings Center Report*. 24 (6):2-5

Dresser R. (1994) Confronting the "near irrelevance" of advance directives. *Journal of Clinical Ethics*. 5: 55-6.

Dresser R. (1994) Missing persons: Legal perceptions of incompetent patients. *Rutger Law Review*. 46:609-695.

Dresser R. (1995) Dworkin on Dementia: Elegant Theory, Questionable Policy. *Hastings Center Report*. 25 (6):32-38.

Dresser R. (2009) Another Voice: Substituting Authenticity for Autonomy. *The Hastings Center Report*. 39 (2):3.

Dresser R., Astrow A. B. (1998) An Alert and Incompetent Self The Irrelevance of Advance Directives. *The Hastings Center Report*. 28 (1):28-30.

Dresser R., Robertson J. A. (1989) Quality of Life and Non-Treatment Decisions for Incompetent Patients: A Critique of the Orthodox Approach. *Law, Medicine & Health Care*. 17:234-44.

Duffield P. (1998) Advance Directives in Primary Care. *The American Journal of Nursing* 98 (4):16-17.

Duffield P., Podzamsky J. E. (1996) The completion of advance directives in primary care. *Journal of Family Practice*. 42: 378-384.

Dworkin G. (1988) *The theory and practice of autonomy*. New York. Cambridge University Press.

Dworkin R. (1986) Autonomy and the Demented Self. *The Milbank Quarterly*. 64 (2):4-16.

Dworkin R. (1987) Philosophical issues concerning the rights of patients suffering serious permanent dementia. *Philosophical, Legal, and Social Aspects of Surrogate Decision making for Elderly Individuals*. Office of Technology Assessment. US Congress. 1:49-50.

Dworkin R. (1994) *Life's Dominion*. New York. Vintage Books.

Edwards M. J., Tolle S. W. (1992) Disconnecting a Ventilator at the Request of a Patient Who Knows He Will Then Die: The Doctor's Anguish. *Annals of Internal Medicine*. 117:254-56.

Ehring D. E. (1999) Fission, fusion, and the Parfit revolution. *Philosophical Studies*. 94 (3):329-32.

Eilan N. (1998) *Self-Consciousness and the Body*. Bermúdez J. L. (ed). *The Body and the Self*. Cambridge. MIT Press.

Eisemann M., Richter J. (1999) Relationships between Various Attitudes towards Self-Determination in Health Care with Special Reference to an Advance Directive. *Journal of Medical Ethics*. 25 (1):37-41.

Eklund M. (2004) Personal identity, concerns, and indeterminacy. *The Monist*. 87 (4):489-511.

Ekstrom L. W. (1993) A Coherence Theory of Autonomy. *Philosophy and Phenomenological Research*. 53:599-616.

Emanuel E. J., Emanuel L. L. (1990) Living wills: past, present, and future. *Journal of Clinical Ethics*. 1:9-19.

Emanuel L. L. (1994) Advance Directives Stability of Patients Treatment Choices. *Archives of Internal Medicine*. 1 (54):209-17.

Emanuel L. L. (2000) Living wills can help doctors and patients talk about dying. *British Medical Journal*. 173:368.

Emanuel L. L., Barry M. J., et. al (1991) Advance directives for medical care: a case for greater use. *New England Journal of Medicine*. 324:889-895.

Emanuel L. L., Emanuel E. J. (1989) The Medical Directive: A New Comprehensive Advance Care Document. *JAMA*. 261:3288-3293.

Emanuel, E. J. (2004) Talking with Terminally Ill Patients and their Caregivers about Death, Dying, and Bereavement: Is it Stressful? Is it Helpful? *Archives of Internal Medicine*. 164:1999-2004.

Emanuel, L. L. (1995) Advance care planning as a process: structuring the discussions in practice. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1:440-446.

Engel P. (1994) Las paradojas de la identidad personal. Olivé L., Salmerón F. (eds.) *La identidad personal y la colectiva*. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Engelhardt H. T. Jr. (1986) *The Foundations of Bioethics*. New York. Oxford University Press.

Faden R., Beauchamp T. L. (1986) *A History and a Theory of Informed Consent*. New York. Oxford University Press.

Fagerlin A., Schneider C. E. (2004) Enough: The Failure of the Living Will. *Hastings Center Report*. 34 (2):30-42.

Falcón J. L., Alvarez M. G. (1996) Encuesta entre médicos argentinos sobre decisiones concernientes al final de la vida de los pacientes. Eutanasia activa y pasiva y alivio de síntomas. *Medicina*. Buenos Aires. 56:369-377.

Feinberg J. (1986) *The moral limits of the criminal law*. Volume III: harm to self. Cambridge. Cambridge University Press.

Feser E. (2005) Personal identity and self-ownership. *Social Philosophy and Policy*. 22 (2):100-125.

Fine R. L. (2005) From Quinlan to Schiavo: medical, ethical, and legal issues in severe brain injury. *Bumpc Proceedings*. 18:303–310.

Firlik A. D. (1991) Margo's Logo. *Journal of the American Medical Association*. 9: 201.

Fischer G. S., Tulsky, J. A., et. al. (1998) Patient knowledge and physician predictions of treatment preferences after discussion of advance directives. *Journal of Internal Medicine*. 13:447-454

Fischer J. M., Speak D. (2000) Death and the psychological conception of personal identity. *Midwest Studies in Philosophy*. 24 (1):84-93.

Flanagan O. J. (1996) *Self Expressions: Mind, Morals, and the Meaning of Life*. Oxford. Oxford University Press.

Fletcher J. (1972) *Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man*. *Hastings Center Report*. 2 (5):1-4.

Flew A. (1949) *Selves*. *Mind*. 58:355-358.

Flew A. (1951) *Locke and the Problem of Personal Identity* *Philosophy*. 26:53-68.

Flew A. (1964) *Body, Mind, and Death*. New York. Macmillan.

Forstrom J. K. (2010) *John Locke and Personal Identity: Immortality and Bodily Resurrection in 17th-Century Philosophy*. Continuum.

Foster J. A. (2001) *A brief defense of the cartesian view*. In Kevin J. Corcoran (ed.), *Soul, Body, and Survival*. Ithaca. Cornell University Press.

Foucault M. (1996) *Hermenéutica del sujeto*. La Plata. Altamira.

Foucault M. (2008) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires. Siglo XXI.

Frankel P. E., Miller F., et. al. (2005) *Personal Identity*. Cambridge. Cambridge University Press.

Frankfurt H. G. (1971) *Freedom of the Will and the Concept of a Person*. *Journal of Philosophy*. 68:5-20.

Fried T. R., (2002) *Understanding the Treatment Preferences of Seriously Ill Patients*. *New England Journal of Medicine*. 346:1061-66.

Friedman M. A. (1986) *Autonomy and the split-level self*. *The Southern Journal of Philosophy*. 24:19-35.

Fuchs V. (1968) *The growing demand for medical care*. *New England Journal of Medicine*. 179:190-195.

Furberg E. (2012) *Advance Directives and Personal Identity: What Is the Problem?* *Journal of Medicine and Philosophy*. 37 (1):60-73.

- Gadamer H. G. (1995) *El estado oculto de la salud*. Madrid. Gedisa.
- Galvalisi L. A., Pinedo F., et. al. (2006) Declaración vital de voluntad de pacientes terminales o de muerte inminente. Proyecto de Ley. Expediente 6242-D-2006.
- Gamble E. R, McDonald P. J., et. al. (1991) Knowledge, attitudes and behaviour of elderly persons regarding living wills. *Archives of Internal Medicine*. 151:277-280.
- García Bacca J. D. (1967) Modelo de reinterpretación subjetivista del universo. Renato Descartes (1596-1650). *Dianoia: anuario de Filosofía*. 13:1-54.
- García Díaz A. (1958) La analogía entre Dios y las criaturas según Sto. Tomás. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 4:142-172.
- Garrett B. (1992) Persons and values. *Philosophical Quarterly*. 42 (168):337-44.
- Garrett B. (1998) Personal Identity. Craig E. (ed.) *Routledge Encyclopaedia of Philosophy*. London. Routledge.
- Garrett D. (1981) Hume's self-doubts about personal identity. *Philosophical Review*. 90 (3):337-358.
- Geach P.T. (1967) Identity. *Review of Metaphysics*. 21:3-12.
- Gendler T. S. (2002) Personal identity and thought-experiments. *Philosophical Quarterly*. 52 (206):34-54.
- Gergen K. J. (1992) *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona. Paidós.
- Gervais K. G. (1986) *Redefining Death*. New Haven. Yale University Press.
- Gherardi C. (1997) La dignidad de la libre decisión de los pacientes terminales. *Cuadernos de Bioética*. 2:201-10.
- Gherardi C. (1998) Encarnizamiento terapéutico y muerte digna. Mitos y realidades. *Medicina*. 58:755-762.

- Gherardi C. (2002) La muerte intervenida – Soporte vital: abstención y retiro en el paciente crítico. Blanco L. G. (ed.) Bioética y Bioderecho. Cuestiones actuales. Buenos Aires. Editorial Universidad.
- Gill Ch. (1991) Is there a concept of person in greek philosophy? Everson S. (ed.). Psychology (Companions to Ancient Thought: 2). New York. Cambridge University Press.
- Gillett G. R. (1987) Reasoning about persons. Peacocke A. R., Gillett G. R. (eds.). Persons and Personality: A Contemporary Inquiry. Oxford. Blackwell.
- Gillick M. R. (2004) Advance care planning. New England Journal of Medicine. 350 (1):7-8.
- Gilmore C. (2007) Defining 'dead' in terms of 'lives' and 'dies'. Philosophia. 35 (2) :219-231.
- Glannon W. (1998) Moral Responsibility and Personal Identity. American Philosophical Quarterly. 35:231-249.
- Gligorov N., Vitrano Ch. (2011) The Impact of Personal Identity on Advance Directives. Journal of Value Inquiry. 45 (2):147-158.
- Glover J. (1988) The Philosophy and Psychology of Personal Identity. New York. Penguin.
- Goering S. (2007) What Makes Suffering "Unbearable and Hopeless"? Advance Directives, Dementia and Disability. American Journal of Bioethics. 7 (4):62-63.
- Gómez Robledo A. (1955) La ética de San Agustín. Dianoia: anuario de Filosofía. 1:236-260.
- Gómez Sancho, M. (2010) Atención médica al final de la vida: Conceptos. Revista Sociedad Española del Dolor.17 (3):177-179.
- Goodman M. (1988) What is a Person? New Jersey. Humana Press.
- Gracia D. (1988) Fundamentos de Bioética. Madrid. Eudema.
- Gracia D. (1990) La bioética médica. Organización Panamericana de la Salud. Bioética: temas y perspectivas. Washington. OPS.

- Gracia D. (1991) *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid. Eudema.
- Gracia D. (1996) *Ética de la calidad de vida*. Cuadernos del Programa Regional de Bioética para América Latina. N° 2, OPS.
- Gracia D. (2006) *Ética y decisiones en el final de la vida*. Eidon. *Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*. 21:24-29.
- Green M. B., Wikler D. (1980) Brain death and personal identity. *Philosophy and Public Affairs*. 9 (2):105-133.
- Green M. J. (1999) The idea of a momentary self and Hume's theory of personal identity. *British Journal for the History of Philosophy*. 7 (1):103-22.
- Greenwood T. (1967) Personal identity and memory. *Philosophical Quarterly* 17:334-344.
- Grice H. P. (1975) *Personal Identity*. Perry J. (ed.). *Personal Identity*. Berkeley. University of Chicago Press.
- Hahn M. E. (2003) Advance Directives and Patient-Physician communication. *JAMA*. 289: 96.
- Hamilton A. (1995) A New Look at Personal Identity. *Philosophical Quarterly*. 45:332-349.
- Hardwig J. (1990) What About the Family? *Hastings Center Report*. 20 (2):5-10.
- Harris J. (1985) *The Value of Life*. London. Routledge.
- Harris J. (1999) The concept of persona and the value of life. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 9 (4):293-308.
- Hasker W. (1999) *The Emergent Self*. Cornell University Press.
- Hasker W. (2004) The constitution view of persons: A critique. *International Philosophical Quarterly*. 44 (1):23-34.
- Haslanger S. (1989). Persistence, Change and Explanation. *Philosophical Studies*. 56:1-28.

Haugen D. (1995) Personal identity and concern for the future. *Philosophia*. 24 (3-4):481-492.

Hellsten S. K. (2000) Towards an alternative approach to personhood in the end of life questions. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 21 (6):515-536.

Hershenov D. B. (2001) Do dead bodies pose a problem for biological approaches to personal identity? *Mind*. 114 (453):31-59.

Hershenov D. B. (2006) The death of a person. *Journal of Medicine and Philosophy*. 31 (2):107-120.

Hickman S. E., Hammes B. J., et. al. (2005) Hope for the Future: Achieving the Original Intent of Advance Directives. *Improving End of Life Care: Why Has It Been So Difficult? Hastings Center Report Special Report*. 35 (6):S26-S30.

Hoffmann D. E., Itkin Zimmerman S., et. al. (1997). How close is enough? Family relationships and attitudes toward advance directives and life-sustaining treatments. *Journal of Ethics, Law and Aging*. 3 (1):5-24.

Hofstadter D. R., Dennett D. C. (eds.) (1981) *The Mind's I: Fantasies and Reflections on Self and Soul*. New York. Basic Books.

Holley J. L., Stackiewicz, L., et. al. (1997) Factors influencing dialysis patients' completion of advance directives. *American Journal of Kidney Diseases*. 30 (3):356-360.

Holstein M. B. (1998) Ethics and Alzheimer's disease: widening the lens. *The Journal of Clinical Ethics*. 9 (1):16.

Hope T. (1992) Advance directives about medical treatment. *British Medical Journal*. 304 (6824):398.

Hope T. (1994) Personal identity and psychiatric illness. *Philosophy*. 37:131-143.

Hope T. (1996) Advance Directives. *Journal of Medical Ethics*. 22 (2):67-68.

Hugues J. C. (2001) Views of the person with dementia, *Journal of Medical Ethics*. 27 (2):86.



- Hume D. (2001) *Tratado de la naturaleza humana*. España. Dipualba ed.
- Hume D. (2004) *Investigación sobre el entendimiento humano*. Madrid. Itsmo.
- Humphry D. (1991) *Final Exit*. New York. Dell Publishing a division of Random House, Inc.
- Hurley V. (2002) Alzheimer's Disease: "It's Okay, Mama, If You Want to Go, It's Okay." *Journal of the American Medical Association*. 288 (18):2324-2331.
- Ikonomidis S., Singer P. A. (1999) Autonomy, Liberalism and Advance Care Planning. *Journal of Medical Ethics*. 25 (6):522-527.
- Inwagen van P. (1997). Materialism and the psychological-continuity account of personal identity. *Philosophical Perspectives*. 11:305-319.
- Ismael J. (2007) *The Situated Self*. Oxford. Oxford University Press.
- Jackson D. L., Youngner S. (1979) Patient Autonomy and 'Death with Dignity': Some Clinical Caveats. *New England Journal of Medicine*. 301:404-8.
- Jahr F. (1927) *Bio-Ethik*. Kosmos. 24:4.
- Jaworska A. (1999) Respecting the Margins of Agency: Alzheimer's Patients and the Capacity to Value. *Philosophy and Public Affairs*. 28 (2):105-138.
- Johnson S.C. (1996) Advance directives: from the perspective of the patient and the physician. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 89: 568-570.
- Johnson Y. (2009) The Bioethical Underpinnings of Advance Directives. *Ethics and Social Welfare*. 3 (1):32-53.
- Johnston M. (1987) Human beings. *Journal of Philosophy*. 84:59-83.
- Johnston M. (1987) The Problem of Persistence. *Proceedings of the Aristotelian Society*. 61:107-135.
- Johnston S. C. (1995) The discussion about advance directives: patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. *Archives of Internal Medicine*. 155:1025-1030.

Jolley N. (1984) *Personal Identity in Leibniz and Locke: A Study of the New Essays on Human Understanding*. Oxford. Clarendon Press-Oxford.

Jonsen A. R. (1998) *The Birth of Bioethics*. New York. Oxford University Press.

Kadish S. (1992) Letting Patients Die: Legal and Moral Reflections. *California Law Review*. 80:857-888.

Kaebnick G. E. (2006) Salvaging the self from a damaged body. *Hastings Center*.

Kamm F. M. (2005) Moral status and personal identity: Clones, embryos, and future generations. *Social Philosophy and Policy*. 22 (2):283-307.

Katz J. (1984) Why doctors don't disclose uncertainty. *Hastings Center Report*. 14:35-44.

Kelner M. J., Bougeault I. L. (1993) Patient control over dying: responses of health care professionals. *Social Science & Medicine*. 36:757-765.

Kennett J., Matthews S. (2002) Identity, Control and Responsibility: the Case of Dissociative Identity Disorder. *Philosophical Psychology*, 15:509-526.

Keyserlingk E. W. (1993) Second-generation advance directives: will reforming the law improve the practice? *Humane Medicine*. 9:57-63.

Kind A. (2004) The Metaphysics of Personal Identity and Our Special Concern for the Future. *Metaphilosophy*. 35: 536–553.

King N. (1996) *Making Sense of Advance Directives*. Washington, DC. Georgetown UP.

Kirk G. S., Raven J. E. (1979) *Los filósofos presocráticos*. Madrid. Gredos.

Kolak D. (1993) The metaphysics and metapsychology of personal identity: Why thought experiments matter in deciding who we are. *American Philosophical Quarterly*. 30 (1):39-50.

Kolak D. (2008) Room for a view: On the metaphysical subject of personal identity. *Synthese*. 162 (3):341-372.

Kolak D., Martin R. (eds.) (1991) *Self and Identity: Contemporary Philosophical Issues*. Macmillan.

Kraut A. J. (2005) Directivas anticipadas para rehusar determinadas intervenciones médicas de futuro. *La Ley*. 362: 53-567.

Kuczewski M. G. (1994) Whose Will is It, Anyway? A Discussion of Advance Directives, Personal Identity, and Consensus in Medical Ethics. *Bioethics*. 8 (1):27-48.

Kuczewski M. G. (1999) Commentary: Narrative Views of Personal Identity and Substituted Judgment in Surrogate Decision Making. *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 27: 32–36.

Kuhse H. (1987) *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine: A Critique*. Oxford. Clarendon Press.

Kuhse H. (1999) Some reflections on the problem of advance directives, personhood, and personal identity. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 9 (4):365-372.

Kuhse H., Singer P. (1990) *Individuals, Humans, and Persons: The Issue of Moral Status*. Cambridge. Cambridge University Press.

Kutner L. (1969) Due process of euthanasia: The living will, a proposal. *Indiana Law Journal*. 44:539-554.

Lavin M. (1986) Ulysses contracts. *Journal of Applied Philosophy*. 3:89-101.

Lee M. A., Smith D. M., et. al. (1998) Do patients' treatment decisions match advance statements of their preferences? *The Journal of Clinical Ethics*. 9 (3):258-262.

Lee W. C. (1990) Personal Identity, the Temporality of Agency and Moral Responsibility. *Auslegung*. 16:17-29.

Lent A. C. (2010) Personal Identity and Ethics. *Teaching Philosophy*. 33:89-94.

León Correa F. J. (2008) Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. *Análisis desde la bioética clínica*. *Revista CONAMED*. 13:27.

Lesser A. H. (2006) Dementia and personal identity. Hughes J. C., Louw S. J., et. al. (eds.). *Dementia: Mind, Meaning, and the Person*. Oxford. Oxford University Press.

Levi B. H., Green M. J. (2010) Too Soon to Give Up: Re-Examining the Value of Advance Directives. *American Journal of Bioethics*. 10 (4):3-22.

Levinas E. (1977) *Totalidad e Infinito*. Salamanca. Ed. Sígueme.

Levine C, Zuckerman C. (1999) The trouble with families: toward an ethic of accommodation. *Annals of Internal Medicine*. 130:148-152.

Levine C. (2003) *Taking Sides: Clashing Views on Controversial Bioethical Issues*. New York. McGraw Hill.

Lewis D. (1976) Survival and identity. Rorty A. (ed.). *The Identities of Persons*. California. University of California Press.

Lewis D. (1978) *Persons and Life After Death: Essays*. New York. Barnes & Noble.

Locke J. (1992) *Ensayo Sobre el Entendimiento Humano*. México. Fondo de Cultura Económica.

Lolas F. (2001) El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública. *Revista Española de Salud Publica*. 75 (3):187-192.

Lomansky L. E. (1992) Person, concept of. Becker L. C., Becker C. B. (eds). *Encyclopedia of Ethics*. New York & London. Garland Publishing.

Lomasky L. (1987) *Persons, Rights, and the Moral Community*. Oxford. Oxford University Press.

Loptson P. (2004) Locke, Reid, and personal identity. *Philosophical Forum*. 35 (1):51–63.

Lowe E. J. (1991) Real selves: Persons as a substantial kind. *Philosophy*. 29:87-107.

Lowe E. J. (2009) What are we? A study in personal ontology. *Analysis*. 69 (2) :388-390.

Luna F., Salles A. L. F. (1998) *Bioética, investigación, muerte, reproducción asistida y otros temas de ética aplicada*. Bs. As. Sudamericana.

Luna F., Salles A. L. F. (2008) *Bioética, nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

Luttrell S. (1999) Advance Directives or Living Wills. *Journal of Medical Ethics*. 25 (1):65-66.

Luttrell S., Sommerville A. (1996) Limiting risks by curtailing rights: a response to Dr Ryan. *Journal of Medical Ethics*. 22:100-4.

Lyotard J. F. (2004) *La condición postmoderna*. Madrid. Cátedra.

MacIntyre A. (1984) *After Virtue*. Notre Dame. University of Notre Dame Press.

MacIntyre A. (1994) Critical Remarks on The Sources of the Self. *Philosophy and Phenomenological Research*. 54:187-190.

Mackie D. (1999) Animalism versus lockeanism: No contest. *Philosophical Quarterly*. 50 (196):369-376.

Mackie D. (1999) Personal identity and dead people. *Philosophical Studies*. 95 (3):219-42.

Madell G. C. (1981) *The Identity of the Self*. Edinburgh. Edinburgh University Press.

Madell G. C. (1985) Derek Parfit and Greta Garbo. *Analysis*. 45:105-109.

Madell G. C. (1991) Personal identity and the idea of a human being. *Philosophy*. 29:127-142.

Maglio I. (2005) Morir con dignidad y testamento vital. *Revista del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal-Abogados*. 87:14-16.

Maglio I. (2007) El derecho a decidir en el final de la vida: Morir con dignidad y testamento vital. *Revista de Medicina Antropológica*. 2:30-33.

Maglio P. (2008) *La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía*. Buenos Aires. Libros del Zorzal.

Mainetti J. A. (1972) *Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano*. La Plata. Quirón.

Mainetti J. A. (1993) *Estudios Bioéticos*. La Plata. Ed. Quirón.

Manzini J. L. (1989) Dos modelos de muerte por enfermedad terminal en la narrativa de León Tolstoi, desde la óptica de la medicina paliativa. Ed. Quirón. 20 (2):119-124.

Manzini J. L. (1997) Bioética Paliativa. La Plata. Ed. Quirón.

Manzini J. L. (2001) Las directivas anticipadas para tratamientos médicos. Buenos Aires. Jurisprudencia Argentina. LexisNexis. 4:1264-1272.

Markosian N. (2010) Identifying the problem of personal identity. Campbell J., O'Rourke M., et. al. (eds.). Time and Identity. Massachusetts. Mit Press.

Martin R. (1992) Self-interest and survival. American Philosophical Quarterly. 29 (4):319-30.

Martin R. (2000) Locke's psychology of personal identity. Journal of the History of Philosophy. 38 (1):41-62.

Martin R. (2000) Naturalization of the Soul: Self and Personal Identity in the Eighteenth Century. London. Routledge.

Martin R., Barresi J. (2004) Naturalizing the Soul: Self and Personal Identity in the Eighteenth Century. New York. Routledge.

Martin R., Barresi J. (2006) The Rise and Fall of Soul and Self: An Intellectual History of Personal Identity. New York. Columbia University Press.

Martin R., Barresi J. (eds.) (2003) Personal Identity. Oxford. Blackwell.

Martínez K. (2007) Los documentos de voluntades anticipadas. Anales Sis San Navarra. 30 (3):87-102.

Matheson C. A. (1990) Consciousness and synchronic identity. Dialogue. 523: 523-530.

Mathews D. J. H., Bok H, et. al. (eds.) (2009) Personal Identity and Fractured Selves: Perspectives From Philosophy, Ethics, and Neuroscience. New York. Johns Hopkins University Press.

McCall C. (1990) Concepts of Person: An Analysis of Concepts of Person, Self, and Human Being. London. Avebury Series in Philosophy.

- McInerney P. K. (2000) Conceptions of persons and persons through time. *American Philosophical Quarterly*. 37 (2):121-134.
- McIntosh D. (1995) *Self, Person, World: The Interplay of Conscious and Unconscious in Human Life*. Northwestern University Press.
- Mcintyre J. L. (2009) Hume and the problem of personal identity. Norton D. F., Taylor J. (eds.). *The Cambridge Companion to Hume*. Cambridge. Cambridge University Press.
- McMahan J. (1995) The Metaphysics of Brain Death. *Bioethics*. 9:91-126.
- McMahan J. (2002) *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Oxford. Oxford University Press.
- Meier D. E., Morrison R. S. (2002) Autonomy reconsidered. *New England Journal of Medicine*. 346 (14):1087-1089.
- Menary R. (2008) Embodied narratives. *Journal of Consciousness Studies*. 15 (6):63-84.
- Mendus S. (1980) Personal identity: The two analogies in Hume. *Philosophical Quarterly*. 30 (118):61-68.
- Merricks T. (1999) Endurance, psychological continuity, and the importance of personal identity. *Philosophy and Phenomenological Research*. 59 (4):983-997.
- Moore G. E. M. (1959) Wittgenstein's Lectures 1930-3.3. *Philosophical Papers*. London Allen & Unwin.
- Munoz Chacon Y. (2003) Demencia, el reto del presente siglo. *Acta médica costarricense*. 45 (2):42-42.
- Nagel Th. (1971) Brain bisection and the unity of consciousness. *Synthese*. 22: 396-413.
- Nathan E. (1978) En torno al concepto de substancia en Locke. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 24:80-97
- Naval C. (1997) La identidad personal en A. Macintyre y Ch. Taylor. 17 Simposio Internacional de Teología de la Universidad de Navarra. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra: 761-778.

- Nebot C. (2010) Morir con dignidad: Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gacetilla Sanitaria*. 24 (6):437-445.
- Nerlich G. C. (1958) Sameness, difference, and continuity. *Analysis*. 18:144-149.
- Newton M. (1999) Precedent Autonomy: Life-Sustaining Intervention and the Demented Patient. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 8 (2):189-199.
- Nicol E. (1955) Los conceptos de espacio y tiempo en la filosofía griega. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 1:137-180.
- Nino C. (1989) *Ética y Derechos Humanos*. Barcelona. Ariel.
- Niño L. (1994) *Eutanasia-Morir con dignidad*. Bs. As. Ed. Universidad. Bs. As.
- Noonan H. (1979) Identity and the first person. In *Intention and Intentionality*. Ithaca. Cornell University Press.
- Noonan H. (1982) Williams on "The Self and The Future". *Analysis*. 42:158-63.
- Noonan H. (1983) Personal Identity and Bodily Continuity. *Analysis*. 43:98-104.
- Norman R. (1970) Ryle on 'the problem of the self'. *Philosophical Studies*. 19:220-235.
- Nozick R. (1981) *Philosophical Explanations*. Harvard. Harvard University Press.
- Nozick R. (1981) The identity of the self. In *Philosophical Explanations*. Harvard University Press.
- Olick R. S. (2001) *Taking Advance Directives Seriously: Prospective Autonomy and Decisions near the End of Life*. Washington, DC. Georgetown UP.
- Olivé L., Salmerón F. (1994) *La identidad personal y la colectiva*. México. UNAM.
- Olson E. (2003) Personal Identity. Stich S., Warfield T. (eds) *The Blackwell Guide to the Philosophy of Mind*. Oxford. Blackwell.
- Olson E. (2003) Was Jekyll Hyde? *Philosophy and Phenomenological Research*. 66 (2):328-348.



Olson E. (2006) Is there a bodily criterion of personal identity? MacBride F. (ed.). *Identity and Modality*. Oxford. Oxford University Press.

Parfit D. (1971) On the importance of self-identity. *Journal of Philosophy* 68: 683-690.

Parfit D. (1971) Personal identity. *Philosophical Review*. 80:3-27.

Parfit D. (1976) Lewis, Perry, and what matters. Rorty A. (ed.) *The Identities of Persons*. California. University of California Press.

Parfit D. (1995) The unimportance of identity. Harris H. (ed.). *Identity*. Oxford. Oxford University Press.

Parfit D. (1999) Experiences, subjects, and conceptual schemes. *Philosophical Topics*. 26:217-70.

Parfit D. (2005) *Razones y personas*. Madrid. Editorial Antonio Machado.

Parsons T. (1978) *Action Theory and the Human Condition*. New York-London: The Free Press-Collier Macmillan.

Pellegrino E. (1987) Altruism, Self-Interest and Medical Ethics. *JAMA*. 258:1939-1940.

Pellegrino E. (1990) La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Organización Panamericana de la Salud. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, DC: OPS.

Pence G. E. (2004) *Comas: Quinlan and Cruzan. Classic Cases in Medical Ethics*. Cincinnati. St. Anthony Messenger Press.

Penelhum T. (1967) Personal Identity. *Encyclopedia of Philosophy*. Vol. 6. New York. Macmillan.

Pérez de Tudela J. (1998) *Historia de la Filosofía Moderna. De Cusa a Rousseau*. Madrid. Akal.

Perkins H. S. (2007) Controlling Death: The False Promise of Advance Directives. *Annals of Internal Medicine*. 147:51-57.

- Perry J. (1972) Can the self divide? *Journal of Philosophy*. 64 (7):463-88.
- Perry J. (1975) Personal identity, memory, and the problem of circularity. Perry J. (ed.). *Personal Identity*. California. University of California Press.
- Perry J. (1976) The importance of being identical. Rorty A. (ed.) *The Identities of Persons*. California. University of California Press.
- Perry J. (1978) *A Dialogue on Personal Identity and Immortality*. Indianapolis. Hackett.
- Perry J. (1983) Personal identity and the concept of a person. *Contemporary Philosophy: A New Survey*. The Hague. Nijhoff.
- Perry J. (1996) The self. Craig E. (ed.). *Routledge Encyclopedia of Philosophy*. Routledge.
- Perry J. (ed.) (1975) *Personal Identity*. Berkeley. University of California Press.
- Persson I. (1992) The indeterminacy and insignificance of personal identity. *Inquiry* 35 (2):271-283.
- Pfeiffer M. L. (ed.) (2004) *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?* Mar del Plata. Ediciones Suárez.
- Pfeiffer M. L.. (1998) El cuerpo ajeno. Rovalletti M. L. (ed). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires. Lugar.
- Platón (1988) *Banquete*. Madrid. Editorial Gredos.
- Platón (1997) *Fedón*. Madrid. Editorial Gredos.
- Plotino (1985) *Enéadas: libros III y IV*. Madrid. Editorial Gredos.
- Pons D. (2005) Autonomía precedente e identidad personal. *Perspectivas Bioéticas*. 10 (19):103-116.
- Post S. G. (1995) Alzheimer disease and the "then" self. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 5 (4):307-21.
- Post S. G. (1998) The fear of forgetfulness: a grassroots approach to an ethics of Alzheimer's disease. *The Journal of Clinical Ethics*. 9 (1):73.

Potter V. R. (1970) Bioethics: The science of Survival. Perspectives in Biology Medicine. 14:120-153.

Potter V. R. (1971) Bioethics: Bridge to the future. New Jersey. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs.

Presas M. A. (2000) "Identidad narrativa" en Revista Latinoamericana de Filosofía. 26 (2): 227-241.

Quante M (2007) The social nature of personal identity. Journal of Consciousness Studies 14 (5-6):56-76.

Quante M. (1999) Precedent Autonomy and Personal Identity. Kennedy Institute of Ethics Journal. 9 (4):365-381.

Quante M. (2000) Personal Identity as Basis for Autonomy. Becker:57-75.

Quill T. E. (1993) Death and dignity. Making choices and taking charge. New York. WW Norton.

Quinton A. (1975) The Soul. Perry J. (ed.). Personal Identity. Berkeley. University of California Press.

Rachels J. (1987) The End of Life. New York. Oxford.

Radden J. (1992) Planning for Mental Disorder: Buchanan and Brock on Advance Directives in Psychiatry. Social Theory and Practice. 18 (2):165-186.

Rawls J. (1971) A Theory of Justice. Cambridge, MA. The Belknap Press of Harvard University Press.

Reale G., Antiseri D. (2001) Historia del pensamiento filosófico y científico (Tomo II), Barcelona. Herder.

Reich W. (ed.) (1995) Encyclopedia of Bioethics. New York. Simon and Schuster.

Reid Th. (1975) Essays on the Intellectual Powers of Man "Of Memory". Perry J. (ed.). Personal Identity. Berkeley. University of California Press.

- Rhoden N. (1988) Litigating Life and Death. *Harvard Law Review*. 102:375-439.
- Rhoden N. (1990) The Limits of Legal Objectivity. *North Carolina Law Review*. 68:845-65.
- Rich B. (1997) Prospective Autonomy and Critical Interests: A Narrative Defense of the Moral Authority of Advance Directives. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 6 (2):138-147.
- Ricoeur P. (1996) *Sí mismo como otro*. Madrid. Siglo XXI.
- Robertson G. (1995) Making an advance directive. *BMJ*. 310:236-238.
- Robertson J. A. (1991) Second Thoughts on Living Wills. *The Hastings Center Report*. 21 (6):6-9
- Robinson D. N., Beauchamp T. (1978) Personal identity: Reid's answer to Hume. *The Monist*. 61:326-339.
- Robles J. A. (1984) Génesis de la noción de sustancia espiritual en la filosofía de George Berkeley. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 30:67-88.
- Rodríguez González M. (2003) *El problema de la identidad personal. Más que fragmentos*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Rorty A. (1976) *The Identities of Persons*. Berkeley. University of California Press.
- Roth A. S. (2000) What was Hume's problem with personal identity? *Philosophy and Phenomenological Research*. 61 (1):91-114.
- Rovaletti M. L. (1998) El saber biomédico y la metáfora mecanicista. *Perspectivas bioéticas en las Américas*. 3 (6):24-39.
- Rovaletti M. L. (1998a) La objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico. Rovaletti M. L. (ed). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires. Lugar.
- Rudd A. J. (2005) Narrative, expression and mental substance. *Inquiry*. 48 (5):413-435.

Ryan C. J. (1996) Betting your life: an argument against certain advance directives. *Journal of Medical Ethics*. 22:95-9.

Ryle G. (1967) *El concepto de lo mental*. Buenos Aires. Paidós.

Salazar Villanea M. (2007) Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer. *Actualidades en Psicología*. 21 (108):1-37.

Sanchez Gonzalez M. A. (1997) Advance Directives Outside the USA: Are They the Best Solution Everywhere? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 18 (3):283- 301.

Sanford D. H. (1981) Where was I? Hofstadter D. R., Dennett D. C. (eds.) *The Mind's I: Fantasies and Reflections on Self and Soul*. New York. Basic Books.

Sansone P., Phillips M. (1995) Advance directives for elderly people: Worthwhile cause or wasted effort? *Social Work*. 40 (3):397-401.

Sansone P., Schmitt, L., et. al. (1998) Determining the capacity of demented nursing home residents to name a health care proxy. *Clinical Gerontologist*. 19 (4):35-50.

Sanz Ortiz J. (2006) ¿Es posible gestionar el proceso de morir?. *Voluntades Anticipadas. Medicina Clinica (Barcelona)*. 126 (16):620-623.

Sartre J. P. (1968) *La trascendencia del Ego*. Buenos Aires. Calden

Sass H. M., Veatch R. M., et. al. (eds) (1998) *Advance Directives and Surrogate Decision making in Health Care: United States, Germany, and Japan*. Baltimore. Johns Hopkins University Press.

Savulescu J. (1994) Rational Desires and the Limitation of Life-Sustaining Treatment. *Bioethics*. 8:191-222.

Schechtman M. (1990) Personhood and personal identity. *Journal of Philosophy*. 87 (2):71-92.

Schechtman M. (1994) The same and the same: Two views of psychological continuity. *American Philosophical Quarterly*. 31 (3):199-212.

- Schechtman M. (2004). Personality and persistence: The many faces of personal survival. *American Philosophical Quarterly* 41 (2):87-106.
- Schneiderman L. J. (1992) Effects of Offering Advance Directives on Medical Treatments and Costs. *Annals of Internal Medicine*. 117:599-606.
- Shiffrin S. V. (2004) Advance Directives, Beneficence, and the Permanently Demented. Burley J. (ed.) *Dworkin and His Critics with Replies by Dworkin*. Oxford. Blackwell.
- Shoemaker D. (2007) Personal Identity and Practical Concerns. *Mind*. 116:316-357.
- Shoemaker D. (2009) Personal identity and Ethics. A Brief Introduction. Canada. Broadview Press.
- Shoemaker D. (2010) Personal Identity and Bioethics: The State of the Art. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 31 (4):249-257.
- Shoemaker D. (2010) The Insignificance of Personal Identity for Bioethics. *Bioethics* 24 (9):481-489.
- Shoemaker D. (1999) Selves and moral units. *Pacific Philosophical Quarterly*. 80 (4):391-419.
- Shoemaker S (1959) Personal identity and memory. *Journal of Philosophy*. 56:868-902.
- Shoemaker S. (1963) *Self Knowledge and Self Identity*. Ithaca. Cornell University Press.
- Shoemaker S. (1970). Persons and their pasts. *American Philosophical Quarterly*. 7:269-285.
- Shoemaker S. (1997) Self and Substance. *Philosophical Perspectives*. 11:283-319.
- Shoemaker S., Swinburne S. (1984) *Personal Identity: Great Debates in Philosophy*. London. Blackwell.
- Silveira M. J, DiPiero A., et. al. (2000) Patients' knowlegde of options at the end of life: Ignorance at the face of death. *JAMA* . 284:2483, 2486-2487.

- Simón Lorda P. (2008) La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28 (2):327-350.
- Simón Lorda P., Barrio Cantalejo I. (1995) Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Medicina Clínica Barcelona*. 105:583-597.
- Simón Lorda P., Barrio Cantalejo I. (2008) El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. *Medicina Intensiva*. 32 (9):444-451.
- Simón Lorda P., Barrio J. M. (2004) *¿Quién decidirá por mí?* Madrid. Triacastela.
- Simón P. (2006) Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales Sis San Navarra*. 29 (3):29-40.
- Singer P. (1993) *Practical Ethics*. Cambridge and New York. Cambridge University Press.
- Singer P. (1997) *Repensar la vida y la muerte*. Barcelona. Paidós.
- Singer P. A., Martin D. K., et. al. (1998) Reconceptualizing advance care planning from the patient's perspective. *Archives of Internal Medicine*. 158:879-84.
- Smith Q. (1993) Personal identity and time. *Philosophia*. 22 (1-2):155-167
- Smythe Th W. (2001) Self-knowledge and the self. *Journal of Philosophical Research*. 26: 287-294.
- Smythe Th. W. (1989) Disembodied minds and personal identity. *Philosophy Research Archives*. 14:415-423.
- Sosa E. (1999) The essentials of persons. *Dialectica* 53 (3-4):227-241.
- Stewart M. A., (1997) Reid On Locke and Personal Identity: Some Lost Sources. *The Locke Newsletter*. 28:105-116
- Stone J. (1981) Hume on identity: A defense. *Philosophical Studies*. 40 (2):123-128.
- Stone J. (1993) Cogito ergo sum. *Journal of Philosophy*. 60 (9):462-468.

- Stone J. (1994) Advance Directives, Autonomy and Unintended Death. *Bioethics*. 8:223-246.
- Stone J. (2005) Why there still are no people. *Philosophy and Phenomenological Research*. 70 (1):174-191.
- Strawson P. F. (1958) Persons. *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*. 2:330-353.
- Strawson P. F. (1959) *Individuals: An Essay in Descriptive Metaphysics*. London. Methuen.
- Suhl J., Simons P., et. al. (1994) Myth of substituted judgment: Surrogate decision making regarding life support is unreliable. *Archives of Internal Medicine*. 154: 90-96.
- Taylor Ch. (1991) The person. Carrithers (comp.), *The category of the person*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Taylor Ch. (1996) *Fuentes del yo*. Barcelona. Paidós.
- Tealdi J. C. (Dir.) (2008) *Diccionario latinoamericano de bioética*. UNESCO. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.
- Terry P. B., Vettesse M., et. al. (1999) End-of-life decision making: when patients and surrogates disagree. *Journal of Clinical Ethics*. 10:286-293.
- Thiel U. (2006) Self-consciousness and personal identity. In *The Cambridge History of Eighteenth-Century Philosophy*, Volume 1. Cambridge. Cambridge University Press.
- Thomasma D. C. (2001). *Personhood and Health Care*. Dordrecht. Kluwer Academic Pub.
- Tooley M. (1983) *Abortion and Infanticide*. Oxford. Clarendon Press.
- Tumulty M. (2009) How philosophers think about persons, personal identity, and the self. Mathews D., Bok H. (eds.) *Personal Identity and Fractured Selves: Perspectives From Philosophy, Ethics, and Neuroscience*. Johns Hopkins University Press.
- Unger P. (1979) I do not exist. Macdonald G. F. (ed.) *Perception and Identity*. Cornell University Press.



- Unger P. (1979) Why there are no people. *Midwest Studies in Philosophy*. 4:177-222.
- Unger P. (1990) *Identity, Consciousness and Value*. Oxford. Oxford University Press.
- Unger P. (1990) *Identity, Consciousness, and Value*. Oxford. Oxford University Press.
- Varelius J. (2011) Respect for Autonomy, Advance Directives, and Minimally Conscious State. *Bioethics*. 25 (9):505-515.
- Vargas A. (1991) Tres partes del alma en la república. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 37: 37-48.
- Veatch R. M. A. (1981) *Theory of medical ethics*. New York. Basic Books.
- Velleman J. D. (2005) The self as narrator. In *Autonomy and the Challenges to Liberalism: New Essays*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Velleman, J. D. (2006) *Self to Self: Selected Essays*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Vesey G. (1974) *Personal Identity*. London. The Macmillan Press Ltd.
- Vicente Arregui J., Ambrosio M. A. (1999) Identidad personal e identidad narrativa. *Revista de filosofía: Themata*. 22:17-32.
- Villanueva E. (1977) El dualismo sustancial de Renato Descartes, *Dianoia: anuario de Filosofía*. 23:74-87.
- Villanueva E. (1980) Consideraciones acerca de la sustancia y la identidad personal en Locke. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 26:134-150.
- Vollmann J. (2001) Advance Directives in Patients with Alzheimer's Disease; Ethical and Clinical Considerations. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 4 (2):161-167.
- Wanden-Berghe, C. (2009) Voluntades de la población sobre los cuidados y decisiones al final de la vida. *Nutr. Hosp*. 24 (6):732-737.
- Warren M. A. (1973) On the Moral and Legal Status of Abortion. *The Monist*. 57 (1):43-61.
- Wasserman R. (2006) The problem of Change. *Philosophy Compass*. 1 (1):48-57.

- Wells L. A. (2003) Discontinuity in personal narrative: Some perspectives of patients. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 10 (4):297-303.
- Wesley, C. A. (1996). Social work and end-of-life decisions: Self-determination and the common good. *Health and Social Work*. 21 (2):115-121.
- Widdershoven G., Berghmans R. (2001) Advance Directives in Psychiatric Care: A Narrative Approach. *Journal of Medical Ethics*. 27 (2):92-97.
- Wilkes K. (1981) Multiplicity and Personal Identity. *The British Journal for the Philosophy of Science*. 32:331-348.
- Wilkes K., (1988) *Real People: Personal Identity Without Thought Experiments*. Oxford. Oxford University Press.
- Williams B. (1973) *Problems of the Self*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Williams B. (1975) *The Self and the Future*. Perry J. (ed.), *Personal Identity*. Berkeley. University of California Press.
- Winkler K. (1991) Locke on personal identity. *Journal of the History of Philosophy*. 29 (2): 201-226
- Winzelberg G. S., Hanson L. C., et. al. (2005) Beyond Autonomy: Diversifying End-of-Life Decision-Making Approaches to Serve Patients and Families. *Journal of the American Geriatric Society*. 53:1046-50.
- Woien S. (2007) Conflicting Preferences and Advance Directives. *American Journal of Bioethics*. 7 (4):64-65.
- Wolf S. (1986) Self-interest and interest in selves. *Ethics*. 96:704-20.
- Wolgast E. (1999) Personal identity. *Philosophical Investigations*. 22 (4):297-311.
- Wrigley A (2007) Personal identity, autonomy and advance statements. *Journal of Applied Philosophy*. 24 (4):381-396.
- Xirau R. (1974) Nuevamente Heráclito. *Dianoia: anuario de Filosofía*. 20:38-44.

Zingano M. (2010) Aristóteles y la prueba de que el ser no es un género (Metafísica III 3).  
Dianoia: anuario de Filosofía. 65:41-65.