



Ortúzar, María Graciela de



La definición de muerte desde las perspectivas filosóficas de Bernard Gert y Daniel Wikler

Revista de Filosofía y Teoría Política

1996, no. 31-32, p. 112-124

Este documento está disponible para su consulta y descarga en [Memoria Académica](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar), el repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata**, que procura la reunión, el registro, la difusión y la preservación de la producción científico-académica editada e inédita de los miembros de su comunidad académica. Para más información, visite el sitio

www.memoria.fahce.unlp.edu.ar

Esta iniciativa está a cargo de BIBHUMA, la Biblioteca de la Facultad, que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados. Para más información, visite el sitio

www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar

Cita sugerida

Ortúzar, M. G. de (1996) *La definición de muerte desde las perspectivas filosóficas de Bernard Gert y Daniel Wikler*. [En línea] *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 31-32, 112-124. Actas de las 1º Jornadas de Investigación para Profesores, Graduados y Alumnos, La Plata, 1996. En *Memoria Académica*. Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2563/pr.2563.pdf

Licenciamiento

Esta obra está bajo una licencia Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 Argentina de Creative Commons.

Para ver una copia breve de esta licencia, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>.

Para ver la licencia completa en código legal, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode>.

O envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

LA DEFINICIÓN DE MUERTE DESDE LAS PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS DE BERNARD GERT Y DANIEL WIKLER¹

Maria Graciela de Ortúzar

Desde la creación de la terapia intensiva la medicina comienza un proceso de tecnologización centrado fundamentalmente en el inicio y en el final de la vida. A su vez, dicho proceso de *tecnologización de la medicina* originó un proceso inverso de desmedicalización de los derechos referidos principalmente al morir y al nacer. En los países desarrollados los movimientos sociales autonomistas impulsaron la *defensa de los derechos del paciente*, ocasionando la *ruptura de la relación paternalista* médico-paciente en el contexto de una compleja y pluralista sociedad moderna. Desde entonces las *decisiones compartidas* constituyen el rasgo más importante a destacar de las *nuevas relaciones médico-pacientes*, reguladas a través de instrumentos ético-legales como el consentimiento informado, las decisiones anticipadas o a través de consultas a los Comités de Ética, las cuales constituyen -en dichos países- precedentes importantes a considerar por las Cortes en caso de conflictos de derechos o dilemas morales. Tales cambios fueron indispensables si consideramos que la aplicación de la tecnología a la medicina no siempre redundaba en beneficio de los pacientes y, por lo tanto, su uso debe ser selectivo. En dicho marco la prolongación de la vida dependerá entonces de la decisión última del paciente, de sus ideales y valores.

El rol del filósofo en el actual contexto médico pasa a ser indispensable si pensamos en la responsabilidad indelegable que posee dicho profesional de crear el marco ético necesario y participar en el mismo para dirimir los citados conflictos morales.

A continuación nos limitaremos a analizar dos posiciones filosóficas diferentes sobre la definición de muerte, defendidas por prestigiosos filósofos norteamericanos contemporáneos: Bernard Gert y Daniel Wikler. No obstante, antes de comenzar con dicho análisis consideramos necesaria una breve referencia histórica y metodológica sobre el tema que nos ocupa: *la muerte*.

1- Cambio de la definición de muerte. Breve análisis de los criterios de muerte

Si bien no pretendemos realizar un análisis histórico de los criterios de muerte, el cual ha sido minuciosamente desarrollado por el Dr. Calixto Machado², resaltaremos brevemente los hitos más importantes que implicaron el cambio del criterio de muerte a la luz de los descubrimientos científicos. Históricamente el concepto de muerte, definido negativamente, se basó en la observación de una ausencia total de la función

respiratoria. El descubrimiento de la circulación por William Harvey en 1627 convirtió al latido cardíaco en otro signo de vida. Su ausencia, junto con la respiración, definieron la muerte por más de 350 años.

Desde la creación de la terapia intensiva fue posible observar cómo, a través del mantenimiento artificial, los "enfermos" con pérdida absoluta de todas las funciones encefálicas conservaban "signos vitales", situación descrita en aquel entonces como "el estado en que se asocia un encéfalo muerto a un cuerpo vivo". En 1959 Mollaret y Goultón³ definieron a ese estado con el nombre de *coma dépassé*, estado que va más allá del coma profundo. Surge entonces la necesidad de responder nuevamente a la vieja pregunta: es la frontera entre la *vida y la muerte*? La respuesta a dicha pregunta excedía el ámbito médico, debido a las implicancias médicas, legales, sociales y religiosas que traería aparejada una nueva definición de muerte. Es así como en 1968 se reúne en Harvard un grupo multidisciplinario con el objeto de establecer y dar a conocer un nuevo criterio de muerte *"Un individuo debe ser considerado muerto cuando todo su encéfalo lo está, aún cuando su respiración su circulación puedan ser mantenidas artificialmente"*⁴.

Con el avance de la terapia intensiva se demostró que era posible resucitar a enfermos después del paro cardíaco y dar oxígeno por tiempo indefinido, a través del respirador artificial, a los pacientes con depresión respiratoria. El cese de la función cardiorrespiratoria no implica necesariamente la pérdida permanente de las funciones del organismo como un todo y de la conciencia. Por lo tanto, *la ausencia de respiración y el cese de los latidos cardíacos no constituían más criterios válidos de muerte como el mantenimiento artificial de las funciones cardiopulmonares no constituye un criterio de vida.*

2-Distinción de niveles de análisis

a) Nivel práctico:

Nuestra investigación sobre un tema tan complejo y amplio como la muerte estuvo motivada por las confusiones conceptuales reflejadas cotidianamente en el lenguaje y actitudes del personal médico y de enfermería de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Hablar de paciente cuando se refiere a cadáver, hablar de muerte sólo cuando se produce el paro cardíaco a un individuo al que se le ha diagnosticado la muerte y se halla mantenido artificialmente, hablar de eutanasia cuando se retira el respirador al mismo individuo, refleja *conflictos emocionales y falta de claridad conceptual sobre los conceptos básicos de muerte y eutanasia*. No analizaremos aquí los aspectos psicológicos, nos limitaremos a analizar las confusiones conceptuales con el fin de clarificar el concepto de muerte y su relación con el concepto de eutanasia. *Consideramos importante destacar que la falta de claridad conceptual no sólo se*

encuentra a nivel práctico.

b) Nivel teórico:

Desde hace varias décadas filósofos como Robert Veatch o Bernard Gert plantearon la confusión de niveles que existe cuando se habla de la muerte. Para el primero de ellos es necesario distinguir entre definición formal de muerte (estructural), concepto de muerte (de contenido filosófico) y criterio para determinar la muerte (médico-legal). En tanto Bernard Gert sostiene que el significado de muerte no puede alejarse del uso ordinario del término, siendo por lo tanto necesario que la definición estrictamente filosófica de muerte como los criterios y los test corroborativos, que responden a su vez a los adelantos médicos y tecnológicos, se adecúen al sentido ordinario del concepto: un individuo está muerto cuando puede ser velado o enterrado.

Según Daniel Wikler no existiría contradicción o desacuerdo real en la definición de muerte a nivel teórico si distinguimos entre aquellos que definen la muerte como *muerte del cuerpo* (muerte encefálica y muerte por paro cardiorespiratorio) y aquellos que definen la muerte como *muerte de la persona* (muerte neocortical). Sólo estaríamos hablando de cosas distintas bajo una perspectiva dualista extrema, por ej. podríamos decir "murió la persona" y todas as perspectivas estarían de acuerdo. Sin embargo, no existiría tal acuerdo a nivel práctico (médico-legal), por ejemplo no podríamos certificar la defunción ni velar ni enterrar la persona muerta cuyo cuerpo aún está vivo (caso de los Pacientes en estado vegetativo persistente PVS). La tercera posición que Wikler distingue es la *muerte del organismo*, según la cual existe sólo una muerte total y toda otra definición de muerte que no defienda la muerte del organismo es confusa conceptualmente. Esta posición estaría en contradicción con la definición de muerte de la persona (muerte neocortical) sostenida por Wikler.

3- Bernard Gert: una definición de muerte adecuada al uso ordinario del lenguaje

Como hemos visto anteriormente, de acuerdo con Gert la definición de muerte es una tarea primariamente filosófica, consistente en la explicitación del significado ordinario de "muerte". En el sentido ordinario todos los organismos vivientes mueren y dicha muerte es caracterizada como permanente. Por lo tanto, cuando hablamos de muerte nos referimos a la muerte del organismo, y sólo después de la misma es posible el funeral o la cremación del individuo.

La muerte es un fenómeno biológico común a todos los miembros de todas las especies, no obstante los criterios para determinar la muerte de una planta no son precisamente los mismos que se requieren para determinar la muerte de un animal consciente. A su vez, tales criterios médicos y test corroborativos se vuelven cada vez

mas sofisticados por el mismo avance de la tecnología que permite mantener artificialmente el cuerpo de un cadáver.

El momento de la muerte puede determinarse con precisión. La muerte es considerada por nuestro autor como un evento que separa el proceso de morir del proceso de putrefacción.

Analicemos entonces la definición de muerte propuesta por Gert: *"la muerte es la cesación permanente de todas las funciones clínicamente observables del organismo como un todo y pérdida permanente de la conciencia por el organismo en todas sus partes identificables"*.⁵

En principio destacaremos dos de las características mencionadas anteriormente: la muerte es permanente y es la muerte del organismo como un todo, no de un cuerpo sólo o de una persona sin consideración sobre el cuerpo. Ahora bien, "organismo como un todo" no es lo mismo que "todo el organismo". Por "organismo como un todo" Gert entiende el complejo superior que interacciona con todos o con la mayoría de los subsistemas orgánicos. Del complejo superior (encéfalo) depende la integración, generación, interrelación y control de las complejas actividades del cuerpo. Si a un individuo le falta parte de su organismo (una pierna, un brazo), no diremos que esta muerto porque no es más "todo el organismo". Si el individuo ha perdido la integración de las funciones vitales por la destrucción del encéfalo entonces ese individuo está muerto. Gert resalta el concepto de "funciones clínicamente observables" por el hecho de que a nivel de laboratorio puede existir vida celular, lo cual no influye en la consideración de muerte del organismo como un todo. No diremos que el cadáver está vivo por el hecho de que le crezcan las uñas o los cabellos.

En resumen, el punto de vista defendido por Bernard Gert es biológico, su argumentación a favor del criterio de muerte encefálica se basa en la pérdida de las funciones integradas del organismo como un todo. Según Wikier lo ubicaríamos en la tercera posición, opuesta a la definición de muerte neocortical postulada por dicho autor, entre aquellos que defienden la muerte como única: *muerte del organismo*.

Desde el punto de vista filosófico responde a la concepción analítica, buscando solucionar los problemas a través del esclarecimiento del lenguaje. Por ejemplo, sostiene que la concepción de *muerte de la persona* surge de la confusión ocasionada cuando hablamos de la "muerte de la persona" y nos referimos a la "muerte del organismo que fue una persona", no al paciente (PVS) que no tiene conciencia, que no puede interactuar socialmente, pero que respira espontáneamente, que posee reflejos cerebrales y respuesta espontánea, que conserva funciones vitales, etc.

Según Gert la definición de muerte no debe alejarse del sentido común como pasaría si definiéramos como muerto a un PVS - muerte de la persona -, el cual para poder

enterrarlo deberíamos matar o dejar morir su cuerpo. Tampoco debe depender de los futuros cambios tecnológicos, como sería buscar diagnosticar la pérdida de las funciones neocorticales a través de nuevas tecnologías para redefinir la muerte, tal como veremos más adelante cuando analicemos la definición de Wikler.

A pesar de considerar que las razones dadas por Gert para justificar la definición de muerte son auténticas, Wikler sostiene que dichas razones encubren razones espurias como son: 1- considerar que el hecho de que puedan ser mantenidos solo por pocas horas brinda la seguridad de la muerte, a lo cual Wikler sostiene que *confunden la muerte* con el *morir*, 2- la dependencia de la máquina para las funciones vitales, no sería una razón válida ya que existe mucha gente que depende de la máquina para vivir -por ejemplo y esa *no implica que estén muertos*. Para el filósofo crítico -como gusta llamarse a sí mismo Wikler- no es verdad que el cuerpo bien mantenido de un paciente en muerte encefálica no es un sistema integrado. Podemos imaginar que reemplazamos las funciones del tronco encefálico artificialmente y de forma permanente, la diferencia estaría en la causa y no en la función. A lo cual responderíamos que si entramos en el terreno de ciencia ficción también podemos imaginar el reemplazo de las funciones neocorticales, las cuales tampoco constituirían un criterio de muerte.

Antes de analizar cuáles son las razones auténticas que justifican la definición de muerte según Wikler, consideramos necesario explicitar nuestra adhesión a las razones dadas por Gert desde el punto de vista biológico para definir a la muerte como la pérdida permanente de la conciencia y de las funciones vitales integradas como un todo. Es lógica que los test corroborativos excedan el sentido común por tratarse de cuestiones médicas, siendo diferentes los test que se requieren para diagnosticar la muerte a un individuo que se halla mantenido artificialmente en terapia intensiva. No entraremos aquí a detallar los mismos.

4-Daniel Wikler: hacia una nueva definición de muerte, muerte neocortical

Desde una postura "esencialista" Wikler considera a la función del filósofo en la definición de muerte como una tarea meramente intelectual consistente en dar las mejores razones para justificar dicha definición, la cual debe ser eterna y autónoma. Como filósofo crítico pretende dar una definición de muerte más allá del contexto social y del modelo de acomodación tecnológica (determinismo tecnológico). La definición debe estar basada en las características esenciales individuales, y, por lo tanto, no respondería a cuestiones prácticas, adelantos tecnológicos, etc. Paradójicamente, cuando argumenta en contra de la definición de muerte encefálica, sostiene que en el futuro se podrán realizar pronósticos certeros en los PVS y diagnosticar, a través de nuevas tecnologías, la muerte neocortical tal como hoy en día se puede diagnosticar la muerte encefálica.

Según nuestro autor su argumentación sobre la definición de muerte es sólo ontológica y no moral, basada en la Teoría de la identidad personal (la cual se diferencia del concepto de persona por la connotación e implicancias morales que trae aparejada la utilización de dicho concepto).

Wikler justifica la muerte a través de la *Teoría de la Identidad personal* (1980). *La identidad individual se centra en la posesión de ciertos rasgos psicológicos, cuyos requisitos son la continuidad de la actividad cerebral, la relación causal de los procesos psicológicos y neurológicos, la preservación de la memoria y de las capacidades mentales del individuo.*

Ahora bien, cuando queremos saber si individuo está muerto no investigamos sobre la identidad personal del individuo. No decimos: "si X ha perdido las capacidades mentales que lo hacen ser X, entonces X está muerto". *La Teoría de la identidad personal* ha sido criticada desde la edad moderna por filósofos empiristas como David Hume, por considerar un postulado metafísico la visión del yo como una entidad que permanece invariable mas allá de los cambios la cuestión de la identidad personal sería para Hume una dificultad gramatical más que un problema filosófico. Según dicho autor es a través de las leyes de asociación de ideas, en este caso semejanza y causalidad, como - ayudados por la memoria- construimos esta idea del sujeto como una identidad personal. Para Wikler, la ausencia de continuidad de las funciones cerebrales, la ausencia de las relaciones causales entre los procesos psicológicos y neurológicos, y la pérdida de la memoria y las capacidades mentales, implican que el individuo ha dejado de existir como persona. Sin embargo, según Hume tal continuidad solo existe como producto de la imaginación. A su vez, las funciones psicológicas y neurológicas de los hombres están sometidas a cambios que pueden ser graduales o abruptos. Por lo tanto, no diremos que aquel individuo que no muestra continuidad de ciertos rasgos psicológicos o neurológicos está muerto porque no es el mismo individuo. La mismidad es un concepto que se construye por relación de ideas y aún hoy día no se puede medir desde el punto de vista médico el grado de destrucción de las funciones neurológicas superiores, por lo tanto no se sabe sobre la capacidad de recuperación variable de los casos de PVS. Por otra parte, si el concepto de muerte neocortical propuesto considera que lo esencial del ser humano se encuentra en las funciones superiores de la corteza y, en consecuencia,, aquellos que hayan perdido la *continuidad* de dichas funciones están muertos, bajo ese concepto incluiríamos no solo a los PVS.

Wikler distingue el caso de los *anencefálicos*⁶(infantes) de los otros estados vegetativos argumentando que por carecer desde su nacimiento del material cortical necesario para desarrollar sus funciones cognitivas, *su propia identidad individual es no tener una conciencia* y no involucra procesos psicológicos de nivel superior. Por lo tanto, la

definición de muerte no se aplicarla a esos casos, *existirían como "cuerpos humanos vivientes" y no como personas*. De lo anterior se sigue:

1- *la ausencia de las funciones neocorticales no equivale a la muerte en los casos de pacientes anencefálicos, aún cuando considera a la muerte como la pérdida permanente de la conciencia (lo cual constituye una teoría ad hoc, independiente de la justificación ontológica y eterna de la muerte a través de la teoría de la identidad personal)*

2- *supone que no son personas aquellos que no posean o hayan perdido las funciones mencionadas, de lo cual concluimos que tanto los anencefálicos como los PVS no son personas, pero ambos son cuerpos vivos , y sólo éstos últimos -PVS- estarían muertos.*

Wikler no solo excluye a los anencefálicos de su definición -de muerte. Excluye también a las demencias profundas. Cual es el criterio para distinguir entre unos y otros, ya que médicamente los casos son semejantes -en todos los casos persisten las funciones vegetativas debido a que el tronco está indemne- y no existen métodos para diagnosticar con precisión cuáles son las funciones superiores que se han perdido? Para distinguir entre *demencias profundas* y otros PVS, Wikler sostiene: *"PVS no es meramente un estado avanzado de demencia, esto es amencia, ausencia de todo lo que hace valiosa la existencia de la gente".*⁷ En conclusión, el citado autor en su argumento ontológico *supone un criterio de valor* -no explícito- sobre que vida es valiosa, *excluyendo intencional y arbitrariamente de la definición de muerte los casos controvertidos de pacientes con incapacidad jurídica (demencias profundas e infantes): -Supone que sólo es valiosa la vida mientras haya continuidad de ciertos procesos psicológicos cognitivos fundamentalmente. Pero como saber si existe esa continuidad? ¿Cómo saber si el día de mañana, por los mismos adelantos tecnológicos, algunos de esos casos de PVS que no han perdido todas las funciones neocorticales recuperan la conciencia?*

Sin embargo, Wikler (1988) sostiene que la definición de muerte debe ser independiente de premisas (criterios de valor) y conclusiones morales (suspensión del tratamiento) y, a su vez, debe estar limitada a algunos casos de PVS por el problema del abuso: extender la misma a pacientes seniles, dementes, etc. (argumento de la pendiente resbaladiza). Por lo tanto, según Wikler no se seguiría del hecho de pronunciar la muerte a los PVS la suspensión de la hidratación y la nutrición. No obstante, supone la consideración de que tratándose de pacientes muertos cuyos cuerpos siguen vivos sería moralmente permisible matarlos o dejarlos morir (justificación encubierta de la eutanasia por la muerte de la persona).

Al mismo tiempo sostiene que la definición de muerte no puede alejarse del sentido común: que más alejado del sentido común que tener que matar o dejar morir al muerto

para poder enterrarlo o velarlo.

Si sostiene que "no es una existencia valiosa" la vida de los estados semejantes a los PVS, admite que no hay muerte, que es necesario "dejarlos morir" ya que no se puede velar ni enterrar a los cuerpos que respiran. Su planteo no justifica la definición de muerte, postulando la misma como una alternativa al dilema moral de mantener o suspender la hidratación y nutrición en dichos casos -PVS-. La búsqueda del consenso social por parte de Wikler para la aceptación de la idea de muerte en dichos pacientes no contribuye a clarificar la justificación epistemológica y ética independiente de los conceptos de muerte y eutanasia.

En síntesis, as distintas teorías, principales y ad hoc, dadas por Wikler para justificar la definición de muerte neocortical responden a razones espurias -suspensión del tratamiento moralmente permisible, confusión del proceso de morir con la muerte- y no a auténticas razones que establezcan la diferencia esencial entre la vida y la muerte, como pretendía nuestro autor.

Hablar de dos muertes, muerte de la persona y muerte del cuerpo, no solo implica sostener un dualismo extremo. Es una falacia la cual no conduce de la premisa que es *moralmente permisible permitir morir* (al "cuerpo de la persona muerta") a la *justificación* de la muerte. Más bien permite justificar matar o dejar morir a dichos pacientes.

5-Conclusiones generales

Consideramos, junto con Bernard Gert, que la muerte es un fenómeno biológico y, por lo tanto, no constituye un problema moral (en tanto no existan otros intereses que impulsen al cambio de la definición de muerte). Cuando hablamos de muerte nos referimos a *una única* muerte, la muerte del organismo como un todo. El dualismo presentado por Wikler al distinguir muerte de la persona y muerte del cuerpo solo contribuye a generar especulaciones metafísicas, confundiendo conceptos centrales en la práctica médica, como son el concepto de muerte y de eutanasia.

Distingamos entonces entre muerte y eutanasia. Para el sentido común la muerte es un hecho, el cual puede ser establecido fehacientemente a través de los test médicos vigentes hoy en día y no es necesario esperar a los adelantos del mañana. La eutanasia, mas alejada del sentido común, es un dilema moral para el cual se trabaja en función de crear el marco normativo que justifique la aplicación de dicha categoría ética, por ejemplo en los casos de PVS, en base a la decisión autónoma del paciente de no ser mantenido en vida bajo esas condiciones. *No se puede encubrir el segundo con la enunciación del primero: decir que el paciente está muerto con la finalidad de suspender el tratamiento.*

Hoy en día existe en EEUU un consenso social en desconectar o no Continuar el tratamiento a los PVS, pero dicho consenso se desarrolla en el marco del derecho de los

pacientes a decidir sobre su propia vida. El problema ético de la eutanasia no es más un problema solo del medico. *La eutanasia es un derecho del paciente a rehusar continuar o iniciar al tratamiento, lo cual una obligación moral de medico de aceptar decisión del paciente.* No es el derecho del paciente a decidir cualquier tratamiento medico, sino el *derecho general a decidir el final de su vida, de acuerdo a sus ideales y valores, por respeto a su autonomía.*⁸

En los casos de PVS se puede decidir a través de las *directivas avanzadas o living will* sobre cómo morir (suspensión de la hidratación y la nutrición en esos pacientes). A través de los *Comités de Ética Hospitalarios*, el accionar de las Cortes que sientan precedentes y la modificación de las legislaciones, se crea gradualmente el marco en el cual los médicos y el personal paramédico pueden plantear y solucionar los conflictos de obligaciones morales que surgen por la tecnologización de la medicina. El rol del filósofo en el contexto medico no es meramente una tarea intelectual, constituye un compromiso ético-social a la luz de los cambios y problemáticas generados en la medicina a través del uso de la tecnología y la investigación científica en seres humanos.

Notas

1. El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación general recientemente comenzado -abril de 1996- titulado "Análisis de los problemas éticos al final de la vida a partir de la teoría moral de Bernard Gert". En el mencionado proyecto se propone analizar los nuevos problemas éticos suscitados al final de la vida en las Unidades de Terapia intensiva: la eutanasia, el trasplante de Órganos, el consentimiento informado, las directivas avanzadas y la redefinición de muerte. Consideramos imprescindible abordar los mismos desde una teoría moral consistente y unificada, la cual permitirá defender la naturaleza sistemática y la profesionalidad de la ética como disciplina académica.
2. Machado, Calixto y otros, Evolución histórica en *el concepto y diagnóstico de muerte*. *Instituto de Neurología y Neurocirugía, Cuba*, 1993.
3. Mollaret, P., Goulon, M. "Le coma depasse", *Rev. Neural.* 101315, 1959.
4. "Definición de coma irreversible: Un nuevo criterio de muerte", Reporte del Comité Ad Hoc de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, *JAMA* 205. 85-88, 1968.
5. Gert, B., "A complete definition of death", en *Brain death*, edit. por Calixto Machado, 1995, Elsevier.
6. Green, M., Wikler, D., "Brain death and Personal identity", *Philosophy Public Affairs*, 1980, p. 123.
7. Wikler, Daniel, "Not dead, not dying?", en *Hastings Center Report*, february-march, 1988, p.47.
8. Culver, C. y Gen, B. *Philosophy in medicine*, Oxford University Press, 1982.