

# ¿Objeción de conciencia en el campo de la salud mental?\*

Liliana Mondragón Barrios

Instituto Nacional de Psiquiatría  
Ramón de la Fuente, México

[lilian@imp.edu.mx](mailto:lilian@imp.edu.mx)

## Conscientious Objection in the Field of Mental Health?

**RESUMEN:** Si la objeción está relacionada con aquella que interpreta, pondera y emite un juicio en consonancia con los valores e identidad personal, acciones y consecuencias para el sujeto mismo como para los otros que no comparten sus expresiones morales, entonces se podría pensar que en diversas manifestaciones de la atención en salud mental se pone en juego esta conciencia moral, ejemplo de ello podría ser el tratamiento de la conducta suicida, particularmente, del intento de suicidio. Este manuscrito plantea el cuestionamiento sobre si se puede ejercer una objeción conciencia o una de ciencia en la situación en la que el médico presenta un conflicto interno por atender a pacientes que han intentado suicidarse.

**PALABRAS-CLAVE:** Objeción de conciencia, salud mental, intento de suicidio, Objeción de ciencia

**ABSTRACT:** If the objection is related to that which interprets, ponders and makes a judgment in line with the values and personal identity, actions and the consequences for the subject himself -and for others who do not share their moral expressions-, then you might think that in various forms of mental health care the moral conscience is at stake; for example in the treatment of suicide, specifically in the case of suicide attempt. This manuscript raises the question whether a physician who has an internal conflict in treating patients who attempted suicide may exercise conscientious objection or science objection.

**KEYWORDS:** conscientious objection, mental health, suicide attempt, science objection

### 1. Introducción

Una objeción en el ámbito sanitario solo puede ostentarse en el seno de sociedades liberales, plurales y democráticas<sup>12</sup>; en este sentido la objeción de conciencia es un ejercicio de oposición y excepción legal al cumplimiento de una Ley, permisible como respeto de las minorías<sup>3</sup>; en donde un individuo objetará el cumplimiento de un acto que considere moralmente incorrecto según su conciencia. En tanto, la objeción de ciencia trata de contradecir la instrucción que considera discordante y corruptora de la *lex artis*, en la que el individuo se niega a realizar una determinada práctica basada en razones científicas, por considerar que no hay sustento o evidencias científicas que permitan realizar la práctica demandada<sup>4</sup>.

A pesar de la evidente distinción conceptual entre estas objeciones, en la práctica sanitaria se diluye su adecuada actuación, quizá por un lado, porque las circunstancias en las que se han estudiado, inicio y final de la vida, sean

Este trabajo fue posible gracias al proyecto "Análisis de los componentes éticos en la investigación social en salud mental", del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM), financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT-169226), así como, al apoyo de la Becas para las mujeres en las Humanidades y las Ciencias Sociales 2012, de la Academia Mexicana de Ciencias, CONACYT, Consejo Consultivo de Ciencias de la Presidencia de la República (CCC). Agradecimiento especial al Mtro. Miguel Ángel Caballero por sus atinados comentarios.



Received: 22/02/2016  
Accepted: 29/04/2016



en sí mismas complejas, por otro, porque parece existir una clara omisión de la asequible aplicación de estas objeciones ya sea por conciencia o por ciencia, en otros campos de la salud, como podría ser el caso de la salud mental. En este sentido ¿por qué no cavilar en que los especialistas en el cuidado de la salud mental también pudieran optar por la objeción ya sea de conciencia o de ciencia?

La conciencia moral a la que alude la objeción está relacionada con aquella que interpreta, pondera y emite un juicio en consonancia con los valores e identidad personal, acciones y consecuencias para el sujeto mismo como para los otros que no comparten sus expresiones morales<sup>5</sup>, entonces se podría pensar que en la atención en salud mental se pone en juego esta conciencia, ejemplo de ello es el tratamiento de la conducta suicida, particularmente, del intento de suicidio.

De igual forma, si entendemos la conciencia científica, en tanto *ethos* de la ciencia, con el cual Thomas Merton señaló que la ciencia además de conocimientos obtenidos mediante métodos, es "una serie de prácticas sociales o comunitarias que están regidas por normas, valores, prescripciones y proscripciones"<sup>6</sup>, entonces se puede plantear que en el ámbito de la salud mental y en específico del intento suicida, podría estar implicada esta conciencia científica.

Por lo anterior, el propósito de este trabajo es cuestionar si se puede optar por una objeción conciencia o una de ciencia en la situación en la que el médico presenta un conflicto interno por atender a pacientes que han intentado quitarse la vida. Ante la incertidumbre de no saber si es aplicable la objeción de conciencia o ciencia, hemos fusionado los términos en conciencia para referirnos a cualquiera de las dos en este momento.

La importancia de abordar estas consideraciones es que la objeción de conciencia o ciencia puede evitar conductas abusivas o el maltrato a los pacientes por parte de los médicos, generalmente debidos a la imposición de valores personales de éstos y a que denigran de los valores, los derechos o las creencias de los pacientes, así como al miedo, angustia o ignorancia que el suicidio puede provocar al cuerpo médico.

## 2. El Estado actual del suicidio como problema de salud mental

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte

en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. El 75% de los suicidios tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen al aumento de suicidios. La identificación y el tratamiento eficaz son fundamentales para garantizar que estas personas reciben la atención que necesitan<sup>7</sup>.

En el Plan de Acción para la Salud Mental 2013-2020 de la OMS, se prevé como meta mundial la reducción de la tasa de suicidios en un 10% para el año 2020, en aquellos países miembros de la OMS. Lo anterior es prioritario porque el suicidio es uno de los problemas principales no solo de salud mental, sino también de salud pública<sup>8</sup>.

Sin embargo, las políticas de prevención de suicidio no han presentado resultados que indiquen una disminución de esta conducta. Quizá el poco éxito de estas políticas se deba a la exclusión de las implicaciones sociales, culturales e históricas del suicidio, y al estigma que envuelven a dicha conducta, los cuales pueden convertirse en obstáculos no sólo para la prevención, sino también en el tratamiento médico a los pacientes suicidas. Si hacemos un análisis de lo general a lo particular, el punto decisivo de la prevención del suicidio, no solo está en los programas de intervención, está en el contacto del sujeto con expectativas suicidas y el médico, durante su tratamiento<sup>9</sup>.

La conducta suicida generalmente ha sido tratada con un modelo paternalista, en donde el médico determina el tratamiento físico del sujeto suicida, considerado sin autonomía y con incapacidad moral, y muchas veces tratado con cierto estigma. Quizá porque el intento de suicidio sea la única condición voluntaria que le confiere al sujeto un estatuto de enfermo, una especie de enfermo o paciente voluntario, al cual el médico tendrá que salvar y tratar. De esta manera, la persona suicida queda a expensas de la toma de decisiones de su médico o de cualquier profesional de la salud, quien justifica estas acciones en un paternalismo que arrebató la autonomía, voluntad, libertad y, en casos más graves, hasta los derechos o la dignidad humana del paciente<sup>10</sup>. Si bien es cierto que esta transgresión a la autonomía o libertad de los pacientes es para protegerlos de ellos mismos<sup>11</sup>, con el argumento de salvarles la vida, queda lejos de evitar un nuevo intento o prevenir el suicidio mismo.

Este modo tradicional de intervención ha considerado que el intento de suicidio es elegido de manera irracional por una persona enferma, psicótica, cuyos deseos,

preferencias y acciones están alterados, lo cual lo incapacita mentalmente para poder tomar decisiones sobre su tratamiento, internamiento u otra medida que evite un daño mayor<sup>12</sup>. Pero dicha consideración no está ajena al contexto social, moral, histórico y cultural en que sucede el suicidio, pues éste generalmente es percibido con horror. Aunque en ocasiones o en otras culturas sea visto con reverencia, en nuestra cultura occidental el hecho de causarse la propia muerte puede ser considerado como incomprensible o un crimen, y, por supuesto, se señala como un pecado, un acto egoísta o como una enfermedad o un comportamiento anormal<sup>13</sup>. Los pecados, dice Szasz<sup>14</sup>, pasan a ser enfermedades, y los comportamientos reprobables serán conductas de enfermos mentales. "Sólo las malas personas o acciones merecen "castigo". Los enfermos y las enfermedades merecen "tratamiento"<sup>15</sup>.

Este contexto social, moral, histórico y cultural es el que puede facilitar o permitir una afectación a la conciencia moral del médico frente a los casos de intento de suicidio que pueda atender clínicamente. En estos casos, aún cuando el médico tiene derecho a declinar la atención de algún paciente, de lo que se trata es que su conciencia moral ante el suicidio representa un conflicto que lo pueda llevar a lesionar psicológicamente a su paciente, quien se encuentra en riesgo de consumir el suicidio.

### 3. Caso empírico

Se llevó a cabo una investigación cualitativa en dos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México, con el objetivo de identificar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos (autonomía y beneficencia). La muestra incluyó a tres sujetos con intento de suicidio, mayores de 18 años –quienes eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año– y a tres psiquiatras que trataban a estos pacientes. La información se obtuvo previo consentimiento informado en entrevistas individuales. A través de un análisis de discurso argumentado se mostró como estos médicos se convierten en una especie de juez moral que "debe" dejar claro que ellos y la sociedad que representa desapruueba comportamientos como el intento de suicidio<sup>16</sup>.

En los resultados se observó como la significación que los médicos tienen del intento suicida está implicada directamente en la atención clínica que proveen a los pacientes que han intentado quitarse la vida. Esto se puede evidenciar en la respuesta de una

de las psiquiatras, la doctora Alejandra, quien reconoció que el intento de suicidio le provoca "coraje" pues lo considera como "rendirse antes de luchar", como un acto cobarde o una rendición, en el siguiente fragmento de discurso se evidencia esto:

**Dra. Alejandra:** *A mí el intento de suicidio me produce mucho coraje. Yo [...] entiendo que los intentos suicidas se tengan los contextos, y entiendo la depresión vienen por alteraciones bioquímicas en fin. Pero... viniendo por el otro aspecto, psicológico, el aspecto moral, el aspecto ético, será porque yo tengo... ciertas cosas muy punitivas en mi vida y creo que el intento suicida... es como rendirte antes de luchar. O sea ino se vale que te rindas!*

En otro momento, la Dra. Alejandra reconoció que el enojo que se siente por el intento proviene de la parte moral, ética y psicológica de los médicos. De la cual no pueden desprenderse y les genera mucha impotencia.

**Dra. Alejandra:** *A mí me produce mucho enojo, o sea realmente me cuesta mucho trabajo en ese aspecto, en decir "¡a ver! tengo que ser un médico y no me puedo enojar y tengo que ver que no meta yo mi parte moral, ni mi parte ética para decir... "te voy intentar ayudar" obviamente tengo mi parte moral y mi parte ética, normalmente cuando ves por ejemplo estos intentos suicidas que son manipuladores, cuando... ves a una chavita de quince años que se está intentado suicidar porque tiene un trastorno depresivo espantoso... (traga saliva) eso te da mucha impotencia porque llamas a los papás o a las mamás y no te ayudan. Pero realmente te digo tiene que ver mucho contexto del intento suicida. Pero a mí en lo general me causa mucho enojo.*

Además, como lo expresaron los propios psiquiatras, el intento es visto y tratado, como algo "nervioso", en su sentido subjetivo, incluso moral, el suicidio continúa siendo atendido "clínicamente" como un acto motivado e intencionado, como un "arrebato de locura". No es tratado como parte de una enfermedad mental, ya que no es un mal, como menciona la Dra. Rosa en su discurso "porque no aparece en las radiografías o en los resultados de laboratorio".

**Dra. Rosa:** *Con todo respeto pero por ignorancia, porque es así como no tiene nada son los nervios, en las radiografías no salió nada, en el laboratorio no salió nada, estás curado, tu problema echarle ganas, como los trastornos de ansiedad no se remiten como... un buen de enfermedades psiquiátricas andan por todo el*

*hospital y al final cuando ya no saben qué hacer "bueno está bien, ya mándala al psiquiatra a ver que le den algo y que me deje tranquilo. Entonces ignorancia de nosotros. [Además de] Que no lo consideran como enfermedad.*

Por otro lado, para los médicos lo que sigue después del intento "no se trata de medicinas, sino de echarle ganas"; ¿para qué las medicinas sino se está enfermo?, es cuestión de fuerza de voluntad. Esta atención médica parece sustentarse más en un paternalismo moral, a través de regañones, que en el tratamiento de una patología. Así lo reveló Gloria, una de las pacientes, quien era médica de profesión.

**Paciente Gloria:** *Bueno.... sí me trataron mal, me trataron muy profesionalmente, hicieron lo que tenían que quehacer. [...] Pero sí, [...] cada médico que iba, me regañaba. "¡Ah! ¿eres médico?", "sí" "¡ah, bueno! ¿pues ya sabes lo que sigue ¿verdad?", "¡ah, eres médico!, pues ya sabes que no se trata de medicinas, sino de echarle ganas", "¡ah, eres médico!" o sea todo el tiempo fue de estarme regañando*

Además del maltrato, el paciente que ha intentado quitarse la vida puede ser estigmatizado al considerarlo como loco, principalmente porque él mismo provocó su situación médica, es decir, no fue una condición fortuita como en el caso de una enfermedad. Así lo expresa la Dra. Alejandra en su testimonio:

**Dra. Alejandra:** *Lo que más nos mandan a los hospitales psiquiátricos muchas veces es el qué dirán, no es posible que yo diga "que yo estoy en un hospital psiquiátrico, que tuve una depresión", "pues sí, si es posible porque estás deprimida y te vas a matar, ¡sí!", pero la sociedad no entiende. En cambio si te dijera "bueno estás diabética y se te hizo un coma diabético (ríe) y necesitas hospital", ah, pues no pasa nada, al contrario.*

En otro sentido, la actuación del psiquiatra será tomar el control del paciente y atenderlo incluso contra su propia voluntad. Así lo ejemplifica el siguiente fragmento de discurso:

**Dra. Alejandra:** *[...] como te dije, para mí tienen voluntad, una cosa es que el juicio no esté... claro que hay que ponerles el juicio ya, que hay que dejárselo bien claro.*

En el testimonio de Enrique se observa que es él mismo, en tanto paciente, quien solicita que el médico que lo controle. Esta decisión de buscar apoyo de su médico es una manifestación de la autonomía disminuida que muestra el paciente, a pesar de sus síntomas de desesperación y ansiedad.

**Paciente Enrique:** [...] antes de mi intento yo fui con él [con su psiquiatra], hablé y le dije cómo me sentía y todo, que estaba yo muy desesperado, que tenía mucha ansiedad... que ya no me controlaba... le dije... "que ya estaba mal otra vez y... él ya no podía seguir atendiéndome allí en el hospital" y entonces... me dio su dirección y me recomendó que le dijera a mi mamá "que iniciáramos un tratamiento... externo con él, en su consultorio particular, "que porque sí lo necesitaba". Y yo hablé con mi mamá y le dije, pero mi mamá no me hace caso,... mi mamá... pues no, no me tomó importancia... ¡Y pues bueno... tuve el intento!

En cuanto a la prevención del intento de suicidio, las opiniones de los médicos coincidieron en los aspectos morales implicados en la atención. Así se muestra en el discurso de la Dra. Rosa:

**Dra. Rosa:** Uno, hablando con él, eso es lo primero, con él o ella, con el paciente; dos, si vemos que él o ella no se va a poder contener solito por el impacto que es, si con una intervención de crisis no puede salir nada más o te deja esa como mala sensación, eso no es medicina basada en la evidencia (ríe) ni es método científico, pero esa sensación que te deja el paciente ese como sexto sentido, que seguramente me van a tachar de médico mítico, pero eso nunca falla, nunca falla.

Asimismo, la dificultad de trabajar clínicamente con los pacientes que han intentado quitarse la vida, se debe a que dicho acto es considerado como un fracaso del médico, y por lo tanto, suscita angustia y culpa. Por esto, los médicos enunciaron que asusta tratar a los pacientes que lo han realizado: primero, porque es trabajar con la muerte, y segundo, porque queda el estigma de la muerte como un fracaso en una educación médica triunfalista de salvar una vida. Como se menciona en el fragmento de discurso a continuación:

**Dra. Rosa:** En el caso que me pasó básicamente por el miedo "de que se me muera a mí a que se le muera al de enfrente, mejor que se le muera al de enfrente", en primer lugar se vive como se te mató, uno, le tengo miedo a la

*muerte del paciente porque me lo van achacar a mí y dos me recuerdo que yo también me puedo morir [...] Y si no estoy bien en mi Yo, en mi preparación igual hasta fue mi culpa”.*

Los resultados de esta investigación mostraron las implicaciones morales de algunos médicos en la atención clínica y prevención del intento de suicidio. Las cuales, pueden repercutir en la terapéutica del intento suicida, al provocar un daño psicológico al paciente, y esto puede aumentar el riesgo de consumir el suicidio. Por lo que resulta imperante que estos médicos no sean los tratantes de estos pacientes, y que quizá para ello puedan objetar; la cuestión central es saber a qué objeción nos enfrentamos y nos debemos referir en la problemática que plantea el intento de suicidio.

#### **4.Objeción de conciencia en el intento suicida como problema de salud mental**

Cuestionarse sobre la posible acción objetora en el campo de la salud mental, específicamente en la atención del intento suicida, tal vez sea una gran responsabilidad ética. De acuerdo a los resultados de la investigación expuesta nos preguntamos sobre qué tipo de objeción sería la más adecuada de ejercer en el caso del intento de suicidio, es acaso una objeción de conciencia o tal vez una objeción de ciencia.

##### **4.1. Objeción de conciencia**

Para que optemos por la objeción de conciencia en el campo de la salud mental debemos concebirla como la pretensión pública individual de un imperativo ético. Como derecho exige la protección de la libertad del especialista y del paciente para evitar consecuencias discriminatorias o represalias injustas que estén por encima de la omisión para no cumplir con los deberes u obligaciones<sup>17</sup>.

La objeción de conciencia plantea un conflicto de deberes y cursos de acción para un individuo, que a su vez presenta un dilema interno de conciencia. Es por ello que esta objeción suele considerarse como una “negativa o rechazo al cumplimiento de un deber jurídico ineludible de naturaleza personal por razones de conciencia”<sup>18</sup>, en todo caso es la manifestación expresa de la libertad de conciencia que conlleva a una elección, decisión y a una acción.



Para abordar la objeción de conciencia es necesario reconocer una serie de características que permiten su uso adecuado, tales como: su carácter excepcional a una regla general, ineludible de una sanción o perjuicio a quien opte por ella, genuina y veraz, libre y expreso, individual y directo, entre otros. El reconocimiento de estas características y fundamentos facilitan la distinción y tergiversación de este tipo de objeción.

De acuerdo a lo anterior, en el caso de la atención clínica del intento de suicidio no se debe optar por la objeción de conciencia, pues en estos casos no existe para los galenos un conflicto de conciencia que le obligue a refutar una responsabilidad jurídica exigible para tratar a tales pacientes, y por ende, actuar de otra manera, por ejemplo renunciar a la terapéutica con éstos.

¿Cuál sería el deber jurídico en la terapéutica del intento suicida? En realidad no está presente, ¿cuál es el conflicto interno de conciencia? Tal vez lo haya, pero no se contrapone con un deber o procedimiento legal, por ende, no se cumplen las características enunciada de lo que es la objeción de conciencia. En resumen, no es la objeción de conciencia por la que se pueda optar en el caso del intento de suicidio.

#### **4.2. Objeción de ciencia**

Para optar por la objeción de ciencia es necesario identificarla cuando se debe tomar una acción entre dos o más cursos de actuación en un problema de tipo clínico o científico; en donde el profesional no presenta un conflicto interno de conciencia, sino que elige una actuación y resolución con base en sus propios criterios morales o científicos, sin trasgredir ningún mandato o deber jurídico de cumplimiento obligatorio e ineludible para él que afecte su moral.

El conflicto real en la objeción de ciencia no es la confrontación entre la conciencia personal y procedimientos legales, de lo que se trata es de rebatir a una prescripción que agravia la *lex artis*, a través de argumentos científico suficientes como para justificar tal discrepancia<sup>19</sup>.

Para el caso de la terapéutica del intento de suicidio, no resulta tan evidente la ejecución de la objeción de ciencia, debido a que las razones implicadas en la atención médica del intento no versan en criterios científicos propiamente, sino en criterios morales, por ejemplo, cuando los psiquiatras mencionan que el acto suicida fallido

no es tratado como parte de una enfermedad mental, sino un "arrebato de locura" de "nervios" es cuestión de "fuerza de voluntad", el significado de este discurso es que la conducta suicida no es algo que pueda tratarse desde el conocimiento científico, sino moral en tanto "fuerza de voluntad".

Otro ejemplo que no parece ser cuestión de la ciencia es el criterio para hospitalizar a un paciente con ideación suicida, a fin de prevenir un nuevo intento, el cual se basa en una intuición, en una "mala sensación", un "sexto sentido". Por otro lado, la dificultad o el rechazo de atender a los pacientes con intento suicida se deben a la angustia, la culpa y el miedo al fracaso y el estigma que provoca el suicidio consumado. Los cuales tampoco parecen ser aspectos científicos.

Las circunstancias enunciadas anteriormente pueden llegar a confundir una auténtica objeción de ciencia con razones que se basan más en cuestiones morales y en la inopia o las incapacidades de los profesionales, inclusive de su insuficiente *expertis*, que en verdaderas razones científicas.

Podemos observar que es evidente la conciencia moral que subyace a la atención clínica del intento suicida. Aunque esto no es incongruente a la conciencia científica si consideramos el *ethos* de la ciencia, según Thomas Merton, sabemos que la ciencia es una práctica social con toda la normativa y axiología que eso implica. También si lo entendemos desde Karl Popper, quien expreso que "dependemos de nuestra educación, nuestras creencias, nuestro conocimiento, nuestras expectativas. Pero también es cierto que no dependemos totalmente de ellos. Es indudable que sólo podemos liberarnos lenta y parcialmente de estas cadenas. Pero no hay límite natural para este proceso de liberación para el aumento del conocimiento"<sup>20</sup>. Lo improcedente es que esta conciencia moral sea razón suficiente para optar por la objeción de ciencia.

Por lo anterior, se plantea que en la terapéutica del intento suicida no puede ejercerse la objeción de ciencia, debido a que, en términos estrictos, los médicos no controvierten una disposición que vaya en detrimento a la práctica médica apropiada en el tratamiento de esta conducta<sup>21</sup>.

En resumen, la objeción de conciencia no es adecuada para ejercerla en el caso del intento de suicidio, debido a que en estos casos los médicos no tienen un problema de conciencia interno que se los conlleve a una confrontación entre deberes y cursos

de acción distinto para su cumplimiento. En tanto la objeción de conciencia, que en una primera instancia pareciera se puede ejercer en la atención clínica del intento de suicidio, en un segundo momento se evidencian los elementos que la hacen improcedente. Esto es, a pesar de que el tratamiento clínico del intento de suicidio se basa más en criterios morales que en criterios científicos, esto no parecer ser razón para determinar una legítima o auténtica objeción de conciencia.

Si la objeción de conciencia y la de ciencia son impropias en el tratamiento de los casos de intento de suicidio, entonces solo queda plantear la necesidad de optar por otras formas de objetar que no precisamente caben en la objeción de conciencia y de ciencia. En este caso, una objeción que permita a los médicos negarse a atender casos que contravengan su postura o conciencia moral. Si bien los galenos tienen la libertad y derecho a elegir a quién atender, la objeción a la que se alude se distinguiría por el criterio del reconocimiento de su conciencia moral para dicha elección. De esta forma, el médico podría reconocer una postura moral negativa ante el suicidio, que le concedería oponerse a dar tratamiento a un paciente con ideas o intentos de suicidio.

La objeción puede ser un recurso que permita a los médicos “resolver el conflicto interno” acerca del significado que le otorgan o atribuyen al suicidio, remitiendo al paciente que presenta dicho comportamiento para ser atendido por otro médico. Tal vez esto sea un acto de prudencia que evitaría lesionar la integridad axiológica del propio médico y, a su vez, aquélla de los pacientes.

Finalmente, el ámbito de salud mental es un campo minado de dilemas éticos, la problemática de la atención clínica del intento suicida es solo un ejemplo. Queda claro que ninguna objeción debe generalizarse y ser resuelta de manera *a priori*, se tiene que analizar las circunstancias del caso concreto y contingente. Lo cierto es que es impostergable continuar la discusión y reflexión del posible ejercicio de la objeción de conciencia y ciencia en la salud mental.

## Notas

ISSN 1989-7022

DILEMATA, año 8 (2016), nº 22, 321-333

1. GRACIA, DIEGO: "Objeción de conciencia: Las lecciones de un debate" Rev Calid Asist, Vol. 26, Núm. 3, 2011, Pp. 143-145.
2. COUCEIRO, AZUCENA, SEOANE, JOSÉ ANTONIO, HERNANDO, PABLO: "La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I)" Rev Calid Asist, Vol. 26, Núm.3, 2011, Pp. 188-193.
3. GRACIA, DIEGO: "Objeción de conciencia: Las lecciones de un debate" Rev Calid Asist...*op cit*.
4. RODRÍGUEZ, ESTEBAN, TOMÁS Y GARRIDO, GLORIA: "Fundamentación deontológica para una objeción de ciencia al diagnóstico prenatal eugenésico", Entender la Objeción de Conciencia, Fundación Universitaria San Antonio, Murcia, España, 2011, Pp. 125-167.
5. BUSQUETS, ESTER, CAMACHO, ANTONIO, CAMBRA FRANCISCO, CARRERA, JOAN, CUSÍ, VICTORIA, FERRER, PAUL, GABALDON, SABEL, NOGUÉS, RAMÓN, ORDÍ, JOAN, PLANA, JULIANA, ROMÁN, BEGOÑA, TERRIBAS, NÚRIA: "Consideraciones sobre la objeción de conciencia" bioética & debat, Vol. 18, Núm.66, 2012, Pp. 3-19.
6. ECHEVERRÍA, JAVIER: "El pluralismo axiológico de la ciencia" Isegoría, 12, 1995, Pp. 49.
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: 10 Datos sobre la Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. 2015 (Consultado el 16 de noviembre de 2015). [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index2.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index2.html)
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. 2013 (Consultado el 15 de noviembre de 2015). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
9. MONDRAGÓN, LILIANA, ITO, MARÍA EMILY, MONROY, ZURAYA, NETZA, CRUZ, OCAMPO, RENÉ, RODRÍGUEZ, EDUARDO, LARIOS, NORMA, LOLAS, FERNANDO, LARA, CESAR, BÓRQUEZ, BLANCA: *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud, México, 2010
10. MONDRAGÓN, LILIANA, ITO, MARÍA EMILY, MONROY, ZURAYA, NETZA, CRUZ, OCAMPO, RENÉ, RODRÍGUEZ, EDUARDO, LARIOS, NORMA, LOLAS, FERNANDO, LARA, CESAR, BÓRQUEZ, BLANCA: *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse...op cit*.
11. RUEDA, LAURA, SOTOMAYOR, MARÍA ANGÉLICA: "Bioética y discapacidad psiquiátrica. Aspectos clínicos y jurídicos" Acta Bioethica, Vol. 9, Núm. 2, 2003, Pp. 239-249.
12. COHEN, DIANA: Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007.
13. SZASZ, THOMAS: Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Paidós, España, 2002.
14. SZASZ, THOMAS: Libertad fatal. Ética y política del suicidio...*op.cit*.
15. SZASZ, THOMAS: El mito de la enfermedad mental. Razón, locura y sociedad, Siglo XXI, México, 2001, Pp. 103.
16. MONDRAGÓN, LILIANA: Bioética y salud mental: disyuntivas en las concepciones bioéticas que afectan la terapéutica del intento suicida. Proyecto (4601). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2008.
17. COUCEIRO, AZUCENA, SEOANE, JOSÉ ANTONIO, HERNANDO, PABLO: "La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)" Rev Calid Asist, Vol. 26, Núm. 5, 2011, Pp. 320-324.

18. SEOANE, JOSÉ ANTONIO: "Objeción responsable", La bioética y el arte de elegir, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 2014, 100-112, Pp. 103.
19. RODRÍGUEZ, ESTEBAN, TOMÁS Y GARRIDO, GLORIA: "Fundamentación deontológica para una objeción de ciencia al diagnóstico prenatal eugenésico"...*op.cit.*
20. ECHEVERRÍA, JAVIER: "El pluralismo axiológico de la ciencia"...*op.cit.* Pp. 52.
21. RODRÍGUEZ, ESTEBAN, TOMÁS Y GARRIDO, GLORIA: "Fundamentación deontológica para una objeción de ciencia al diagnóstico prenatal eugenésico"...*op.cit.*