

ABORTO Y ANTROPOLOGÍA. Perspectivas médicas*

CÉSAR PÉREZ DE FRANCISCO**
Instituto Nacional de Neurología

Human history becomes more and more
a race between education and catastrophe

H. G. Wells

No puedo negar el desconcierto que me causó la inclusión de mi nombre, custodiado por el de dos distinguidos antropólogos, en una mesa redonda de título harto ambiguo: aborto y antropología. Añádase al hecho la circunstancia de que uno de los antropólogos lo es físico y el otro social. Es decir que la cuestión me acorralaría, dentro de la perspectiva médica que me fue asignada, entre el enfoque individualista del problema (lo cual es, sin lugar a dudas, una tentación para todo psiquiatra) y una visión del problema en términos de salud pública o medicina social.

Enfrentado a solas con tal disyuntiva, opté por flexibilizar mi postura e intentar dialogar con mis compañeros de mesa de discusión y con los oyentes, por cierto teóricos hasta que uno los tiene enfrente. Pues bien, lo primero que hice en mi cuarto de trabajo es correr a la estantería donde duerme el espléndido Manual de Antropología que el doctor Comas, profesor brillantísimo de nuestra UNAM, escribió hace ya algunos años.¹ Me encontré con que: La palabra antropología, cuyo origen histórico ya vimos y sobre cuyo significado etimológico no es necesario hacer hincapié, se usa actualmente para expresar dos conceptos distintos: a) En sentido lato es la ciencia del hombre o más bien la ciencia comparativa del hombre, que trata de sus diferencias y causas de las mismas, en lo referente a estructura, función y otras manifestaciones de la humanidad según el tiempo, variedad, lugar y condición. Con esa amplitud, y a medida que se han acumulado datos al respecto, la antropología

*Trabajo presentado durante la sesión denominada Aborto y Antropología organizada por la Coordinación de Humanidades, el Instituto de Investigaciones Biomédicas y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, el día 29 de noviembre de 1978.

**Psiquiatra del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Insurgentes Sur núm. 3877. México 22, D. F. Profesor de la Facultad de Medicina (UNAM). Jefe de la consulta de psiquiatría del Instituto Nacional de Cardiología. México.

ha ido dividiéndose en distintas ramas, llegando a constituir ciencias independientes como son: arqueología, etnología y etnografía, lingüística, antropología física, paleoantropología, etcétera. Es así como se entiende y define en nuestro continente. b) Por el contrario, en el viejo mundo la palabra antropología se utiliza de modo restringido, limitado de manera exclusiva a la antropología física.

Paul Broca, uno de los fundadores de nuestra ciencia, la definía como “historia natural del género Homo” y más concretamente “ciencia que tiene por objeto el estudio de la humanidad considerada como un todo, en sus partes y en sus relaciones con el resto de la Naturaleza”.

Y unas páginas más adelante topé con la cita que el propio Comas hace de la concepción que McCown tiene de la nueva antropología física:

El hombre no es sólo un animal, ni sólo un mamífero, ni sólo un primate; vive en un mundo de cultura humana, que le rodea desde su concepción hasta la muerte, donde hay presiones ineludibles en forma de sanciones o premios por cada uno de sus actos y aun por las acciones no ejecutadas. El mundo natural del hombre, en consecuencia, está integrado por dos componentes: el orgánico y el cultural.

Todo esto viene a pelo y nos lleva de la mano al papel que puede desempeñar un psiquiatra de orientación biológica colocado ante un problema que puede ser médico, pero que siempre se da entre la vertiente orgánica y la cultural que todo hombre tiene. Por lo tanto, acarrea el aborto repercusiones indiscutibles a nivel orgánico, y es aceptado o rechazado según la cultura en que exista su posibilidad. Más aún, siempre serán unos cuantos psiquismos los involucrados en la decisión de llevar a cabo la interrupción del embarazo o en padecer las consecuencias que implica un aborto espontáneo en ciertas circunstancias.

Ya ubicado, me siento algo más tranquilo, sólo un poco, para tratar de tocar con ustedes algunos puntos de interés. La patología, la evolución técnica actual que permite predecirla aun cuando el producto se encuentre todavía en el seno materno, las diferencias de criterio al respecto, y otras cuestiones harán que los mantenga interesados si tengo éxito, o no pueda llegar a transmitirles la importancia que creo tiene una detenida y profunda valoración psiquiátrica del problema.

I *Planteamiento del problema*

Las innovaciones en tecnología genética, y la moral cambiante y el clima legal en torno a la amniocentesis y el aborto, hacen ahora posible que la humanidad participe más que nunca antes en la composición genética de las generaciones futuras. Las implicaciones éticas, legales y sociales de tal desarrollo, han preocupado a los consejeros genéticos pero ha permanecido fuera del interés de los psiquiatras. Y siguen diciendo Sperber y Jarvik:² salvo honrosas excepciones, los psiquiatras han tendido generalmente a ignorar el campo de la genética humana como tal. Después explican los autores por qué tal especialista debería adentrarse más en el estudio y la práctica de la genética clínica.

Acepto y hasta respaldo la crítica a mi entender dirigida hacia una psiquiatría especulativa y filosofoide que llegó incluso a querer desgajarse de la biología y la medicina. Fue Emilio Kraepelin en los albores del siglo, quien instó a dejar tales “cogitaciones de sillón” y regresar a los laboratorios de investigación biológica. Entre ellos al de genética, con Rüdín a la cabeza. Las obras coetáneas de Slater³, Mitsuda⁴ y Rosenthal⁵ para citar sólo los ejemplos, derivan directa o indirectamente de aquellos forjadores de la psiquiatría científica.

En nuestro país, es necesario estimular el cultivo de la genética psiquiátrica, como Nieto lo ha venido haciendo desde hace cuarenta años.^{6, 7} Así, los estudios cuidadosos proporcionarán argumentos firmes para enriquecer, con orientaciones psiquiátricas, la eugenesia, eufenesia y eutanasia del futuro.^{8, 9, 10} Sin los investigadores de esas áreas interdisciplinarias, científicos que tanta falta nos hacen, nos hallaremos muy pronto desorientados hacia nuestro porvenir genético, es decir frente al futuro del hombre. Si ese hombre, según Ortega y Gasset, hace metafísica cuando busca una orientación radical en su situación,¹¹ hace algo así como metafísica genética cuando busca cerciorarse de su permanencia en el mundo de mañana.

La presente reunión de especialistas en diferentes saberes en torno al problema, entre otros, del diagnóstico prenatal y el aborto terapéutico, su natural consecuencia, prueba no sólo que el intercambio de enfoques es posible sino que es necesario. La psiquiatría puede proporcionar una valoración cualitativa, en términos de salud mental, de las vidas de los progenitores y de la que podría llegar a tener el embrión. Al profundizar psiquiátricamente en los problemas implicados, se hace evidente la disyuntiva entre vida errónea y aquéllo que pudiéramos llamar vida razonable. Incluso, en Estados

Unidos de Norteamérica, existen antecedentes de persecución legal a los padres por parte de hijos con estigmas del tipo ilegitimidad (Zepeda, citado por Sperber y Jarvik) o por secuelas congénitas de una rubeola sufrida por la madre durante las primeras fases del embarazo (Cosgrove, citado por ídem). Nuevamente Sperber y Jarvik plantean la posibilidad de que en el futuro, cuando una pareja conciba voluntariamente y debidamente informados de un determinado riesgo genético, podrán llegar a ser demandados por el hijo aduciendo algo así como "vida errónea".²

Pretendo, en esta comunicación, revisar primero algunas generalidades en cuanto a riesgo genético y asesoría médica, para desembocar enseguida en un ejemplo concreto. Analizaremos después las implicaciones psiquiátricas del aborto terapéutico y, para terminar, comentaremos las posibilidades de aconsejar genéticamente lo cual en este caso, adquiere perfiles filosóficos evidentes. Antes al contrario quisiera mantenerme durante toda la exposición en un marco de referencia etológica, es decir ingenuamente biológico e inevitablemente médico, aunque dichas ideas de referencia no estuvieran presentes más que implícitamente y nunca en los conceptos explícitos.

II *Embarazo y asesoría genética*

El embarazo acarrea muchas alteraciones psíquicas y una de las más frecuentes es la ocasionada por el temor a deformidades o patología seria en el recién nacido. Si consideramos que aproximadamente 3% de los nacimientos de productos vivos corresponde a deficientes mentales o trastornos serios, habremos de admitir que el temor a que aludíamos tiene alguna base concreta. Por eso en muchos países existen clínicas donde el genetista clínico, el gineco-obstetra, el psiquiatra y el trabajador social orientan, asesoran y actúan coordinadamente.

Claro está que el primer requisito del consejo genético es alcanzar un diagnóstico preciso y así pronosticar la evolución de la enfermedad en cuestión. Al puntualizar el riesgo de repetirse determinada patología en próximos hijos deben desglosarse causas heterogéneas que son de síndromes similares. Los análisis de laboratorio como pueden ser el cariotipo cromosómico, los estudios radiológicos, o las determinaciones enzimáticas, ayudan a establecer un riesgo que sólo podemos traducir a probabilidades, a declaraciones estadísticas que serán asimiladas o rechazadas por los familiares. Baste ilustrar el problema con los siguientes ejemplos: el riesgo de recurrencia

en niños subsecuentes es de 1% para la mayoría de los casos de síndrome de Down, alrededor de 5% para otras anomalías, 25% para los errores congénitos del metabolismo heredados en forma autosómica recesiva y 50% para las transmitidas de manera autosómica dominante. Añádanse a estas dificultades señaladas por Omenn y Motulsky,¹² que el consejo familiar se complica por el grado de severidad de la enfermedad, la incertidumbre en el diagnóstico, o la posibilidad de que el niño enfermo hubiera sufrido una mutación.

Ahora bien, al 3% de riesgo de oligofrenia y/o malformaciones a que se somete toda pareja al procrear, habría que agregar el de trastornos mentales muy frecuentes como la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva.¹³ Existe evidencia genética sobre la transmisión hereditaria de tales enfermedades.¹⁴ aunque a nivel de consejo genético y por el momento sólo podemos ofrecer cifras de riesgo empírico.

Aún no es grande el número de enfermedades, pero aumenta rápidamente, que pueden diagnosticarse in útero precozmente durante el embarazo, lo cual permite llevar a cabo el aborto selectivo de fetos patológicos. Como la gran mayoría de enfermedades que alteran el desarrollo mental no son tratables,¹⁵ la prevención del nacimiento de un niño afectado se vuelve deseable para muchos padres y para sus médicos. El diagnóstico se hace estudiando el cariotipo cromosómico o las enzimas de células fetales obtenidas del líquido amniótico y cultivadas en el laboratorio. Todo esto ha hecho concebir esperanzas en la llamada ingeniería genética que permitiría manipular el DNA en las células, pudiendo de esta manera prevenirse trastornos específicos con lo que también ha sido bautizada como ingeniería reproductiva.

III Síndrome XYY y eugenesia

Ya decíamos que la ciencia moderna, en particular la genética, está cambiando muchas tradiciones médicas y constituye un verdadero reto a los sistemas de jurisprudencia. Ello gira alrededor de la novedad, es decir la ausencia absoluta de precedentes de los problemas que cada vez en mayor número se están planteando en la práctica clínica diaria. He escogido el llamado síndrome XYY como ejemplo ya que en nuestros días, gracias a las tantas veces mencionada amniocentesis, podemos saber al principio del embarazo que el producto tiene dicha fórmula genética. Court Brown describió tal anomalía y podemos resumir los problemas implicados de la siguiente manera:

- 1) la frecuencia de niños XYY al nacimiento es aproximadamente de 1:500;
- 2) la frecuencia de varones XYY en grupos seleccionados de instituciones tipo prisión, hospitales para criminales psicóticos, y pacientes psiquiátricos violentos, es aproximadamente de 1:50;
- 3) el varón XYY es, en promedio, 15 cm más alto que su equivalente;
- 4) los hombres XYY con antecedentes criminales tienen un promedio de edad de 13.1 años al cometer el primer delito, comparado con 18.0 para hombres XY;
- 5) sólo uno de 31 hermanos de prisioneros XYY tenía antecedentes criminales, comparado con 139 convictos entre los 63 hermanos varones de criminales XY;
- 6) se ha comunicado un cociente intelectual promedio de 89 en 18 hombres estudiados, aunque algunos individuos con fórmula XYY pueden alcanzar cocientes intelectuales superior a 120.

Desde luego que estas estadísticas resumidas no prueban una relación causa-efecto, pero sí apuntan hacia una estrecha correlación positiva entre anormalidad cromosómica, altura excesiva, retardo mental moderado, tendencias agresivas y conducta criminal. Ya Lejeune ha insistido en que no hay criminales natos, pero las personas con el trastorno XYY tienen muchas probabilidades de serlo.

Las anécdotas en torno al problema legal que ha suscitado este descubrimiento genético son innumerables. En unos países los culpables han sido condenados mientras que en otros, Australia en este caso, han sido considerados como no responsables de sus delitos. Quizá Saxe tenga razón al pedir un mejor entendimiento entre la ciencia y la ley. Ningún sistema legal posee la capacidad de crecer y adaptarse por sí mismo a un entorno de progreso científico notable (citado en²).

El término eugenesia significa mejorar la raza humana por medio de entrecruzamientos selectivos. La eugenesia positiva anima a que se reproduzcan los sujetos adecuados, mientras que la eugenesia negativa trata de reprimir la reproducción de los que son vistos como negativos para la especie. Ya Velázquez⁸ señala lo peligrosa que resulta una concepción simplista de estos planteamientos y nadie puede remediar pensar en las barbaridades nazis emprendidas bajo pretextos disfrazados de eugenesia.

Sin embargo, y volviendo a nuestro ejemplo concreto del síndrome XYY, a pesar de las discusiones aún vivas en torno al problema, puede aceptarse en términos generales que se trata de un trastorno

contraproducente para la especie. Si además nos hablan precisamente los genetistas de un “apretujado futuro” debido a la incontenible explosión demográfica, no se comprende claramente por qué arriesgarnos a traer al mundo a productos XYX si tenemos la ocasión de diagnosticarlos prenatalmente. Probablemente ello repose en una vieja tradición ideológica de nuestra especie, en una reverencia de raíces teológicas hacia la vida, aunque después seamos capaces de eliminar anónimamente a millones de personas con una sola bomba. Regresemos a plantearnos hasta qué punto la sociedad puede y debe intervenir en la decisión del aborto terapéutico. Si el hombre medita concienzudamente los hechos resumidos en el cuadro de Shaw que acabamos de repasar, no hay casi duda de la decisión que tarde o temprano tomará.

IV Implicaciones psiquiátricas del aborto terapéutico

Cuando el genetista y el obstetra proponen a una mujer embarazada abortar, ello implica un diagnóstico previo por parte de los médicos y una reacción al mismo por parte de la paciente. Es, en realidad, una reacción a la enfermedad, al feto enfermo que porta, es decir parte fisiológica de ella misma pero al mismo tiempo quien puede llegar a ser otro individuo. Aunque tal razonamiento se antojara a primera vista interpretativo, especulativo, no hay tal. Sabemos, gracias a numerosas investigaciones,¹⁶ que sólo cuando la mujer preñada empieza a sentir los movimientos del producto, constata la otredad de su futuro hijo. De ahí se desprende, como veremos enseñada y previniendo repercusiones psíquicas indeseables, la conveniencia de eliminar los productos disgenésicos antes del cuarto mes.

El psiquiatra como clínico que es debe evaluar el efecto del aumento de stress sobre la salud mental o enfermedad de la paciente, y la habilidad de esa persona ya enferma entonces para enfrentar la crisis.¹⁷ Tiene que tomar en cuenta todos los elementos aunque el riesgo sea pequeño. Ya el estudio, la investigación de dicho riesgo acarrea sus intrínsecos riesgos, como bien señala Garmezy en reciente editorial.¹⁸ Líneas escritas, por cierto, para enmarcar otro editorial de Shields, éste,¹⁹ dedicado al alto riesgo para esquizofrenia que resulta ser de 25% para el hijo de padres enfermos, y de 10% para los descendientes de un solo progenitor psicótico.

Centrémonos ahora en el problema de las secuelas psiquiátricas que puede acarrear el aborto terapéutico. Podemos distinguir las repercusiones psíquicas inmediatas al aborto inducido, las consecuencias psicológicas a largo plazo tras el aborto inducido y las secuelas

psiquiátricas de larga evolución en los niños nacidos pero no deseados por madres a las que les fue negada la posibilidad de abortar.

Casi todos los autores coinciden en que la reacción inmediata al aborto es una sensación de liberación, y las mujeres que se ligan afectivamente menos al feto evolucionan aún mejor.

Suelen encontrarse también en el periodo postaborto sentimientos de culpa. Curiosamente, las mujeres sanas controlaban su ligera depresión mejor que las pacientes psicópatas. En la investigación que llevaron a cabo Wallerstein y colaboradores²⁰ vigilaron la evolución postaborto de 22 solteras embarazadas que obtuvieron su intervención terapéutica. Fueron estudiadas intensamente durante los 4 a 7 meses del postaborto y luego entrevistadas al año. La mitad evolucionó magníficamente: sin alteración psíquica importante, recuperándose y reintegrándose a sus actividades. Siete mostraron disminución en su nivel de desenvolvimiento previo. Una sufrió depresión moderada, y tres pacientes con historia previa de vida psicosocial marginal, continuaron con un estado de salud mental deficiente.

Patt y colaboradores estudiaron, en 1969, a corto y largo plazo 35 pacientes que abortaron terapéuticamente.²¹ Veinte pacientes evolucionaron en forma enteramente satisfactoria a corto plazo. Las quince restantes tuvieron algunos síntomas durante dos a seis meses después. A largo plazo, los resultados fueron favorables: tres cuartas partes de las pacientes comunicaron sentir mejoría emocional, lo que se comprobó con las historias psiquiátricas. Dos pacientes que se sometieron a la intervención contra su voluntad, se quejaron de secuelas adversas que achacaban al aborto. Doce pacientes vivenciaron culpa consciente pero sólo dos no decidirían someterse al aborto si tuvieran nuevamente la opción. Ocho pacientes describieron la experiencia como habiendo contribuido a su madurez emocional. Los autores concluyeron que, salvo raras excepciones, el aborto fue, en tales casos, genuinamente terapéutico.

Finalmente, cuando el aborto es negado ¿qué ocurre con esa mujer y con su hijo? Forssman y Thuwe estudiaron, en 1966 en Suecia, 120 niños hasta la edad de 21 años, los cuales nacieron después de la negativa para inducir el aborto. Compararon su muestra con un grupo testigo. Los niños no deseados recibieron más atención psiquiátrica, tuvieron conductas más antisociales y criminales, y recibieron más asistencia pública. La diferencia entre los dos grupos fue significativa estadísticamente. Forssman y Thuwe concluyeron que el niño nacido de una madre que quiere abortar tiene que enfrentar más dificultades mentales y sociales que sus hermanos.

V Consejo genético y comentario final

En Estados Unidos de Norteamérica y según Tyler,²² 750 000 mujeres se someten a abortos legales cada año. Comentando este trabajo, Beltrán Suárez afirma que “más del 60% de la población mundial vive en países donde el aborto es legal”. Refiriéndose ya al aborto terapéutico, Senay afirma que la mayoría de las mujeres que abortan en hospitales oficiales tienen pocas secuelas a corto plazo y raras a largo plazo.²³ Lebensohn por su parte hace hincapié en la necesidad de liberalizar las leyes que rigen el aborto para que no nazcan 750 000 niños no deseados por año sólo en Norteamérica.²⁴

No cabe duda de que en México necesitamos desarrollar asesoría medicogenética a la altura de la época cultural y científica que vivimos. No creo que la decisión de abortar pertenezca al médico, pero sí a la mujer bien ilustrada al respecto. Se conoce que los clínicos por su parte, albergan actitudes heterogéneas sobre la amniocentesis, el diagnóstico prenatal y el aborto terapéutico. Gracias a Marjorie Waite sabemos que la opinión y práctica de los médicos psiquiatras involucrados en equipos que inducen abortos varían de acuerdo a la religión y su relación con hospitales de enseñanza, pero que tales concepciones y praxis no dependen de edad sexo o estado civil.²⁵

Si estamos convencidos de que el hombre puede y debe aspirar a una vida razonable, como el delfín o el caballo, no obliguemos al feto disgenésico a vivir. Tendría que hacerlo con enormes desventajas, como un delfín sin sonar o un caballo con luxación congénita de la cadera. Pues bien, Niceto Blázquez abre su libro “Aborto. No matarás” sentenciando: “Entre las formas más salvajes del terrorismo contemporáneo se encuentran las prácticas abortivas”.²⁶ Este y los conceptos siguientes vieron la luz apenas el año pasado. Contrapeso evidente de tal postura es “Una cuestión de ética: Diagnóstico prenatal de un cariotipo 47,XYX”, artículo publicado en el *Lancet* correspondiente al mes de agosto del presente año (27). Goldenberg y la profesora Sara Finley son directos: después de diagnosticar el cariotipo anormal en cuestión, se plantearon la disyuntiva de provocar el aborto o permitir la continuación del embarazo. Concluyen que son los padres quienes deben decidir, y el papel del médico será el de respaldarlos, ayudarlos sea cual fuere la respuesta.

Como puede verse, no está aún resuelta la cuestión. Tal vez sucede que más que el médico y su paciente, son precisamente los antropólogos, o los filósofos, o los juristas, o todos juntos, a quienes compete resolver. Reuní, hace poco y preocupado por el problema,

a brillantes exponentes en un simposio multidisciplinario sobre eugenesia y eutanasia médicas. En él, escuchamos al maestro Ignacio Chávez entregarnos un ensayo deslumbrante sobre el morir digno. Aprendimos que la fuerza de los hechos hará que médico y paciente tomen la decisión final, hará que decidan “frente a sus conciencias” el momento de morir dulcemente, les hará elegir el momento preciso manteniéndose dignos. Y si elegir es consubstancial del vivir, deberíamos prepararnos a hacerlo frente al aborto.

Tengo para mí que son creencias y no ideas, para rubricar también con Ortega, lo que detiene la final decisión. Cuando nuestra actitud ante el aborto esté tejida con ideas, es decir habiéndonos hecho cuestión del problema, es muy posible que mejoren nuestras existencias. El primer paso es, consecuentemente, optar por transformar nuestras creencias en rigurosas ideas. ¡Cuánta razón asiste a Wells cuando escribió el epígrafe que encabeza este ensayo! ¿O es que ya se inició la catástrofe?

Resumen

Son revisadas algunas generalidades en cuanto a riesgo genético y asesoría médica, y resumida la evidencia medicogenética en torno al síndrome XYY. Son analizados los pros y contras del aborto terapéutico en ese y otros casos de diagnóstico prenatal. Se apunta en la parte final, la paradoja que nuestra especie mantiene al ya contar con los medios para dirigir su evolución biológica frente a legislaciones tradicionales e ideologías conservadoras.

Summary

Some generalities about genetic risk and medical counseling are reviewed and the medical-genetic evidence is summarized around the XYY syndrome. The pros and cons of the therapeutic abortion in that one, and in other cases of prenatal diagnosis are analyzed. It is noted, in the last part, the paradox that our specie maintains in its ability to have the means to direct its biological evolution in front of its traditional legislations and its conservative ideologies.

REFERENCIAS

1. Comas, J.: *Manual de antropología física*. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1966.
2. Sperber M.A. y Jarvik, L.F.: *Psychiatry and Genetics*.

- Psychosocial, Ethical, and Legal Considerations*. Basic Books, Inc. Publishers. New York, 1976.
3. Slater, E. and Cowie, V.: *The genetics of Mental Disorders*. Oxford University Press. New York, 1971.
 4. Mitsuda, M.: *Clinical Genetics in Psychiatry*. Igaku Shoin Ltd. Japan, 1967.
 5. Rosenthal, D.: *Genetic theory and Abnormal Behavior*. McGraw-Hill Book Company. New York, 1970.
 6. Nieto, G.D.: *Psiquiatría. Desarrollo histórico y corrientes actuales*. Ed. particular. México, 1961.
 7. Nieto, G.D.: "Bases cerebrales de la esquizofrenia," Ed. Pérez de Francisco, C. *Dimensiones de la psiquiatría contemporánea*. La Prensa Médica Mexicana. México, 1972.
 8. Velázquez, A.: "El futuro genético del hombre." *Boletín de divulgación Núm. 17*. Ediciones de la Sociedad Mexicana de Historia Natural. México, 1972.
 9. Pérez de Francisco, C.: "Perspectivas en psiquiatría genética," *Revista Medicina*. Tomo LI. Año LII. Núm. 1117. México, 1971.
 10. Benson, E. Ginsburg: "Breeding Structure and Social Behavior of Mammals: A Servo-Mechanism for the Avoidance of Panmixis," *Glass, D.C.: Biology and Behavior. Genetics*. The Rockefeller University Press. New York, 1968.
 11. Ortega y Gasset: *Unas lecciones de metafísica*. Alianza Editorial. Madrid, 1966.
 12. Omenn, G.S. and Motulsky, A.G.: "Intrauterine Diagnosis and Genetic Counseling: Implications for Psychiatry in the Future," *American Handbook of Psychiatry*. II Ed. Vol. VI. Ed. by Hamburg, D. and Brodie K. Basic Books, Inc, Publishers. New York, 1975.
 13. Pérez de Francisco, C.: *Apuntes de psiquiatría clínica*. Ed. particular. México, 1978.
 14. Pérez de Francisco, C.: "Avances en las investigaciones genéticas en psiquiatría," *Revista de la Facultad de Medicina*. VOL. XIII. Año XIII. Núm. 4. México, 1970.
 15. Pérez de Francisco, C.: "Hacia una clasificación genética de las oligofrenias," *Revista Ticitl*. Vol. X. Núm. 3 México, 1970.
 16. Lieberman, E.J.: "Psychosocial Aspects of Selective Abortion." Birth Defects: *Original Article Series*. Vol. VII. Núm. 5: April 1971.
 17. Moses Babikian, H.: Abortion. en: Ed. by Freedman, A.M.: Kaplan, H.I.; and Sadock, B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry II*. 2a. ed.: 1496. Williams & Wilkins Company, U.S.A., 1975.
 18. Garnezy, N.: Editorial: "On some risks in risk research," *Psychological Medicine*. Vol. 7. Núm. 1. Cambridge University Press.

New York, 1977.

19. Shields, J.: Editorial: "High risk for schizophrenia: genetic considerations," *Psychological Medicine*. Vol. 7. Núm. 1. Cambridge University Press. New York, 1977.
20. Wellerstein, J.S. and col.: "Psychosocial Sequelas of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women," *Archives of General Psychiatry*. Vol. 27. American Medical Association Publication, 1972.
21. Patt, S.L.; and col.: "Follow-Up of Therapeutic Abortion," *Archives of General Psychiatry*. Vol 20. American Medical Association Publication, 1969.
22. Tyler, C.W.: "Planeación familiar y atención médica primaria," *Revista Medicina de Postgrado*. Vol. 5. Núm. 10. México, octubre, 1977.
23. Senay, E.C.: "Therapeutic Abortion," *Archives of General Psychiatry*. Vol. 23. American Medical Association Publication. U.S.A., 1970.
24. Lebensohn, Z.M.: "Abortion, Psychiatry, and the Quality of Life," *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 128: Núm. 8. U.S.A., 1972.
25. Marjorie Waite: "Consultant Psychiatrists and Abortion," *Psychological Medicine*. Vol. 4 British Medical Association. London, 1974.
26. Blazquez, N.: "El aborto. No matarás," *Biblioteca de autores cristianos*. Madrid, 1977.
27. Goldenberg, R. and Finley, S.: "Prenatal Detection of the 47, XYY Karyotype," *The Lancet*. Vol. II. Núm. 8087. London, 1978.