

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## Diagnóstico prenatal [Prenatal diagnosis]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Mainetti, María Marta
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-07 09:02:45
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/204036">http://hdl.handle.net/20.500.12424/204036</a>

## **DIAGNOSTICO PRENATAL: UNA MIRADA SOCIO-BIOETICA**

**Lic. María Marta Mainetti**

### **INTRODUCCIÓN**

Entre los progresos más extraordinarios de la ciencia contemporánea, se encuentran todos aquellos del campo de la biogenética. Esta ciencia ha avanzado en un tiempo relativamente breve. De este modo, las innovaciones tecnológicas que se están produciendo en el terreno de la reproducción humana, pueden llegar a plantear conflictos éticos, sociales y jurídicos de compleja resolución.

Las nuevas técnicas de diagnóstico prenatal ejemplifican uno de estos progresos, que plantean como consecuencia diversos dilemas morales, especialmente con respecto a que la información requerida, puede llevar a la decisión de interrumpir el embarazo. Surgen interrogantes además, sobre la licitud o ilicitud de la intervención, sobre la confiabilidad de la técnica, el riesgo biológico de la madre y el feto, las finalidades del sondeo y las ventajas y desventajas que se derivan.

Constituye sin embargo, una nueva realidad científico social, cada vez más aceptada por parte de la mujer, lo cual nos lleva a reflexionar sobre el significado cultural de estos nuevos avances en el conocimiento de la biología humana.

El objetivo del diagnóstico prenatal es brindar información a la mujer embarazada ( y a su cónyuge), sobre la pre-

sencia o ausencia de malformaciones congénitas en el embrión/ feto.

Este trabajo expone algunas consideraciones sobre el tema, de acuerdo a los datos obtenidos en una serie de entrevistas a mujeres que se realizaron un diagnóstico prenatal. El objetivo general consiste en indagar sobre los factores sociales y culturales que motivan en la mujer embarazada la solicitud de un diagnóstico prenatal y los objetivos específicos se centran en el análisis de los valores y de los conflictos éticos que en cada caso construyen y modifican las decisiones tomadas, especialmente con respecto a la decisión de abortar o de continuar el embarazo.

### **MARCO TEÓRICO**

Este trabajo se aborda teóricamente desde la **bioética**, disciplina que centra su objeto de estudio en la repercusión moral de los avances científico-técnicos en el área de las ciencias de la vida y de la salud sobre los seres humanos y los demás seres vivos, a fin de orientar dichos avances para la promoción de la calidad de vida, individual y social, personal y ambiental. (1) Podemos considerarla como un fenómeno cultural que responde a una crisis de valores, provocada por los abusos de la tecnología.

Sin embargo, el mundo contemporáneo no se caracteriza solamente por un incremento del número de tecnologías que permiten intervenir en casos que en el pasado no daban lugar a luchar contra el sufrimiento o la enfermedad. En el mundo moderno los cambios tecnológi-

cos se acompañan de nuevas actitudes sociales y culturales que hacen hincapié en el individuo como principal autoridad decisoria sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales. Además de la nueva riqueza tecnológica, el mundo moderno ha generado un caudal de nuevas posibilidades en cuanto a los valores que puede considerar prioritarios. La sociedad moderna se ha llamado pluralista porque emancipa al ciudadano instruido de las antiguas fuerzas ideacionales dominantes que a menudo tenían carácter de adoctrinamiento. Los ciudadanos instruidos, clientes y proveedores de servicios, tienen que entablar un diálogo sobre los riesgos y beneficios que proporcionan ciertos servicios, porque en una sociedad pluralista las personas instruidas pueden diferir en su evaluación cultural y moral de los riesgos.(2)

Esta nueva situación social con su abundancia de opciones de diversos valores exige concentrarse en los principios morales intermedios tradicionales en la ética médica, tales como beneficencia, justicia, responsabilidad profesional y respeto por la autonomía del paciente, bien individual y bien común, alivio del dolor y abstención de prolongar la agonía. (3)

Es decir, la reflexión bioética se basa en los hechos, en principios y reglas, aunque dichos principios no se determinan de forma abstracta ni se imponen a la realidad de forma autoritaria, ni funcionan como prohibiciones incuestionables. La bioética intenta concluir en los hechos pero necesita sin embargo de principios y

reglas. Existen dos principios fundamentales, unánimemente reconocidos, que son complementarios: el respeto a la vida humana y a su dignidad y el respeto a la libertad de la persona. (4)

Sin embargo, si bien existe unanimidad en cuanto a la aceptación de estos principios, el problema se presenta en la definición de los términos comprendidos en ellos. Es decir, mientras que "respetar la vida humana" no implica discusiones, sí en cambio hay divergencias en cuanto a la definición misma de "vida humana". Surgen por lo tanto cuestiones como:

¿Cuándo comienza la vida humana?

¿Qué significa una vida digna?

¿Qué es la libertad de elección?

¿Es libre quien decide sin responsabilidad?

Y así, podríamos seguir con una larga lista de cuestiones que por no tener una respuesta biológica, sino más bien filosófica o teológica o ideológica, presentan opiniones y posturas variadas.

Por otro lado, existen tres principios fundamentales que constituyen lo que se ha denominado el "paradigma de la bioética": beneficencia-no maleficencia, autonomía y justicia.

La **beneficencia** implica que alguien actúe persiguiendo los mejores intereses para la otra parte; es el deseo de hacer el bien, promoviendo la salud, el bienestar y el crecimiento de los otros.(5). La no-maleficencia, en cambio, implica no causar daño.

El problema que aquí se presenta tiene que ver con la definición de "hacer el bien", de "bienestar", de "los mejores

intereses" para el otro. En la relación médico-paciente, cada uno definirá estos términos de acuerdo a sus propios valores, a su cultura, etc. El beneficio perseguido por el médico, puede ser aquel no deseado por el paciente, por ejemplo.

La **autonomía** implica la libertad de acción y elección y el deseo de promover la libertad de los otros para realizar opciones personales.(6) Es decir, tomando la relación médico-paciente, se genera una obligación por parte del profesional de respetar las decisiones de sus pacientes y a la vez un derecho de estos a la no interferencia. Para que la autonomía pueda ejercerse plenamente en una persona, deben coexistir dos componentes: la racionalidad o entendimiento (capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellas) y la libertad o no-control(derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer, o por lo menos actuar sin coerción o restricción)

La **justicia** se refiere a la equidad de cualquier decisión ética y a la promoción de la igualdad de oportunidades: para acceder a los tratamientos, a la salud, a la vida. Es el "deseo de promover un buen tratamiento a las personas"(7). Tiene por lo tanto una dimensión más social, que implica la búsqueda de una equitativa distribución de los recursos.

Es decir, en una sociedad, en que todos sus individuos son, mientras no se demuestre lo contrario, agentes morales autónomos, con criterios distintos sobre lo que es bueno y lo que es malo, la relación médico-paciente, en tanto que rela-

ción interpersonal, se convierte en conflictiva. Y el conflicto aumenta, si se tiene en cuenta que en la relación sanitaria pueden intervenir, además del médico y el paciente, la enfermera, la dirección del hospital, la seguridad social, la familia, el juez, etc. Todos estos agentes o factores pueden reducirse a tres: el médico, el enfermo y la sociedad. Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio moral de autonomía, el médico por el de beneficencia y la sociedad por el de justicia.

### ASPECTOS MÉDICOS

El diagnóstico genético prenatal abarca todas aquellas intervenciones que tienen por objeto el diagnóstico en el embrión/ feto de cualquier defecto congénito, es decir, de cualquier anomalía en el desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular.(8)

Las malformaciones congénitas y las enfermedades hereditarias representan en los países industrializados una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Los progresos de la medicina han hecho posible la comprensión del mecanismo de muchos de estos desórdenes y el diagnóstico prenatal permite conocer su existencia antes del nacimiento. Cuando, como sucede en la mayoría de los casos, estos análisis confirman la normalidad de un embarazo, la tranquilidad vuelve a las familias, temerosas de tener una descendencia defectuosa.

Los procedimientos de diagnóstico prenatal en su mayor parte se centran en

el embrión/feto y algunos en la madre. Al primer grupo pertenecen la amniocentesis, ecografía, fetoscopia, toma de sangre fetal, biopsia de corion y otros más recientes poco difundidos. Cada una de las técnicas posee sus indicaciones y su utilidad específica, aunque a veces para un mismo objetivo, se puede recurrir a varias. Dentro de ellas algunas son inocuas, mientras que otras encierran riesgos de mayor o menor entidad.<sup>9</sup>

Si bien son diversos los procedimientos que actualmente se realizan, a los fines de este trabajo, se tuvieron en cuenta dos de los mismos:

**-Amniocentesis:** Consiste en la toma de una pequeña parte de líquido amniótico, lo cual permite investigar el cariotipo. Es una técnica invasiva que se aplica a las *dieciseis semanas* de embarazo y tiene un *riesgo de aborto del 1 por mil, siendo este riesgo inversamente proporcional a la experiencia y entrenamiento del equipo obstétrico. Si bien la ventaja de esta técnica es su bajo riesgo de aborto, una de las desventajas es su aplicación tardía en el embarazo.*

**-Extracción de vellosidades coriales:** Consiste en la obtención de material coriónico por vía transabdominal para el estudio cromosómico. Es una técnica más reciente y a diferencia de la anterior, una de las ventajas es la posibilidad de un diagnóstico precoz, a las 12 semanas de embarazo, pero una de sus desventajas es el mayor riesgo de aborto (1% ).

*Riesgos reproductivos e indicaciones*

El riesgo existente en la población de ser portador de defectos de origen congénito es del 1,5 al 2%, incluyendo desde

defectos menores hasta serias malformaciones. Las indicaciones para ofrecer diagnóstico prenatal son;

1) Edad materna avanzada (mayor de 35 años): a los 25, una mujer tiene un riesgo de 1 por mil de tener un hijo con anormalidad cromosómica; a los 30, el riesgo es de 1 en 650, a los 35 es de 1 en 250 y a los 40 es del 1%.

2) Agregación familiar para una patología determinada detectable por medio del diagnóstico prenatal.

3) Pertenencia a un grupo étnico que se sabe en riesgo de poseer una enfermedad genética recesiva.

4) Una historia familiar con hijos con alteraciones cromosómicas.

La edad materna avanzada es la indicación más frecuente para el diagnóstico prenatal; en todo el mundo esto es así para el 90% de todos los diagnósticos prenatales.

**LA DÍADA MATERNO-FETAL:  
CAMBIOS EN LA CONCEPCIÓN  
MÉDICA**

Durante años, la medicina ha tenido un pobre acceso al feto dentro del útero materno; los médicos asesoraban sobre las condiciones del mismo a través de métodos indirectos. Por tal razón, las anomalías fetales sólo podían sospecharse, a través del contexto materno (antecedentes, enfermedades infecciosas, edad avanzada). Esta realidad llevó a que los médicos conceptualizaran la díada materno-fetal como un paciente complejo: la mujer embarazada, de la cual el feto era una parte integrante.

Con el advenimiento de las nuevas técnicas de diagnóstico prenatal, que permiten un conocimiento directo del feto y de muchas de sus características, aún las genéticas, se produce un cambio sustancial en dicha conceptualización: el modelo de un paciente complejo (mujer embarazada), se transforma en el modelo del doble paciente: mujer-feto, ya que éste deja de ser una entidad "inferida", para constituirse en una entidad "observada".(10)

De todas maneras, aunque la técnica influyó positivamente en esta nueva concepción, los dos modelos paradigmáticos, coexisten hoy en día, así como coexistían en el pasado, dependiendo de la postura ética del profesional. Hay quienes siguen considerando al feto como parte de su madre y quien lo considera una persona distinta desde el comienzo del embarazo.

Los problemas éticos se duplican sin embargo con la segunda concepción. Al convertirse el feto en un paciente con el mismo status que su madre, surgen cuestiones como: ¿quien decide por el feto? A quien beneficiar, a la madre o a su hijo? ¿No es el feto también merecedor de justicia? El doble paciente se traduce asimismo en un problema para el médico cuando la madre, por ejemplo, rechaza un tratamiento para el feto, o decide abortar, planteándose así un conflicto de valores entre la beneficencia del feto y la autonomía materna

## METODOLOGÍA

De acuerdo con una metodología cualitativa, se realizó un análisis de casos, es decir, un estudio profundo y exhaustivo

de pocos objetos de investigación, lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos.(11) La razón fundamental de usar este tipo de método es la complejidad del problema de investigación; no se trata de medir objetos, sino de descubrir la naturaleza de las experiencias de las personas con respecto a fenómenos como su salud, sus valores, sus decisiones reproductivas. Se intenta captar lo que se oculta detrás de un hecho y los detalles de situaciones difíciles de observar con métodos cuantitativos.

El **universo** considerado se limita a mujeres que hayan realizado un DP durante alguno de sus embarazos. Se seleccionó una muestra intencional de pacientes atendidas en el Instituto de Genética Humana de Mar del Plata, en base a las siguientes características:

- Fueron atendidas durante el año 1996
- El resultado del análisis fue normal
- La entrevista se realizó luego del nacimiento del niño.

Se realizaron 45 entrevistas en profundidad<sup>12</sup> y semiestructuradas con el objetivo de obtener la siguiente información:

- Características socioculturales de la mujer y su familia
- Características del embarazo (planeado o no)
- Motivo y decisión de consulta
- Alternativas consideradas en caso de que se hubiera detectado alguna anomalía.
- Valores y conflictos en torno a la decisión de abortar

- Motivos para la aceptación o no de la discapacidad
- Consecuencias negativas o positivas de la realización del diagnóstico con respecto al embarazo.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados se exponen a modo de hipótesis en base a tres temas principales. Se citan algunas frases textuales que ilustran y enriquecen significativamente las conclusiones.

### *1. Decisión y motivos para realizar un Diagnóstico prenatal*

De las mujeres entrevistadas, el 80% llegó a la consulta por decisión propia, de las cuales, en el 95% , el motivo principal fue el riesgo por edad.

Se evidencian dos tipos de *factores* que inciden en la decisión de la consulta: factores de índole social y factores de índole individual.

Los primeros pueden resumirse en la influencia, especialmente en los sectores socioeconómicos medios y altos, a los cuales pertenecen la mayoría de las mujeres que acuden a un Dp, de una suerte de "consumismo" médico, caracterizado por la utilización de todos los servicios de salud disponibles, ya sea por motivos terapéuticos o por prevención. La salud física es considerada como un bien fundamental, para el cual no se escatiman los recursos. Algunas mujeres manifestaron que una vez establecida la oferta del diagnóstico prenatal, fue difícil rechazarla.

*"No tenía mucha idea de qué se trataba, pero cuando el médico me dijo, lo pensé y bueno, si se hace, porqué no?"*

En cuanto a los segundos, los individuales, el factor principal que lleva a la mujer a esta consulta es el deseo de asegurarse de la normalidad del niño, especialmente cuando existe el riesgo de alguna malformación. Este hecho llevó a indagar sobre las circunstancias que inciden en la *aceptación o rechazo de un hijo con problemas genéticos*. El resultado fue que éstas varían de acuerdo a la construcción personal, familiar y social que la mujer elabora de la discapacidad y del valor dado a ésta.

Con respecto a la aceptación, sólo un 20% respondió sobre la necesidad de saber sólo para prepararse en caso de existir algún problema, aludiendo al valor que cada hijo tiene, más allá de las dificultades que pudiera tener.

*"Es una vida, es un hijo como cualquier otro, no sería capaz de sacármelo, por eso si hay algún problema, me gustaría saberlo antes para prepararme, para preparar a toda la familia, porque el impacto en el nacimiento debe ser peor"*

El 80% restante manifestó un absoluto rechazo a tener un hijo discapacitado, expresando diversos motivos:

-Un 25% justificó el rechazo de la posibilidad de criar un hijo discapacitado, con las demandas de tiempo, económicas y educativas que esto implicaría, en desmedro de su propia profesión.

*"Para mí, mi profesión es algo sumamente importante y ya con los hijos, aunque sean normales, tengo que repartirme bastante. Un hijo con problemas me implicaría dejar de trabajar para dedicarle la atención necesaria y no sé si estoy dispuesta a algo así"*

*"En este momento, nuestra situación laboral no es la de antes, mi marido trabaja en forma particular y nos alcanza justo. Un hijo discapacitado implica muchos gastos extra que no podríamos afrontar"*

-Un 30% expresó temor al sufrimiento, al dolor y una gran duda sobre el sentido de traer al mundo un ser condenado a sufrir.

*"No me siento preparada para tener un hijo que sufra, que lo discriminen, que sea rechazado..."*

-Un 35% respondió que, siendo padres grandes, les causaba angustia pensar en el futuro de un niño con problemas, cuando ellos falten.

*"Es el primer hijo, si después no podemos tener otro, quién se va a hacer cargo de él cuando nosotros faltemos?"*

-Un 10% aludió al perjuicio que sería para los otros hijos un hermano discapacitado.

*"prefiero cargar con la culpa de un aborto antes que arruinarles la vida a mis hijos"*

## **2. Conflictos con respecto a la decisión de abortar**

La mujer que decide realizar la consulta, sabe que en caso de alguna anomalía tendrá que enfrentarse a la difícil decisión de continuar o interrumpir el embarazo.

Con respecto a las mujeres entrevistadas, los resultados fueron los siguientes

-Aunque la decisión de abortar en caso de anomalía es considerada por el 80%, ésta se convierte en dilemática cuando el resultado se obtiene en el segundo trimestre del embarazo. En este estadio, la mujer está más aferrada al

feto que en los primeros meses, ya lo siente moverse y lo ha visto perfectamente formado en el control ecográfico.

*"Cuando me hice el estudio, estaba convencida de que si me salía mal, no lo iba a tener, pero, a medida que avanzaba el embarazo, se me hacía más difícil pensar en esto, ya se movía, no sé, ya estaba..."*

De todas maneras, las mujeres que hubieran optado por el aborto, expresaron estar de acuerdo con el mismo sólo por este motivo; no sin embargo por otras razones debido al daño emocional que produce, al hecho de que se elimina una vida o a motivos religiosos.

*"No estoy de acuerdo con el aborto para nada, creo que es un crimen, pero si uno sabe que va a tener un monstruo, ahí es diferente"*

## **3. Relación entre DP y embarazos planeados/no-planeados**

La mayoría de las entrevistadas, habían realizado el diagnóstico prenatal por riesgo por edad. El valor dado a la maternidad en estos casos varió entre:

- una situación no deseada ni esperada en ese momento (caso de madres con hijos ya grandes)
- Algo sumamente deseado y esperado (situaciones de infertilidad o abortos espontáneos, por ejemplo)

En el primer caso, el hecho de asegurarse de su normalidad, puede contribuir a la mayor aceptación del mismo.

*" si no me hubiera hecho el estudio, no lo hubiera tenido, porque ya soy grande y las posibilidades de algún problema estaban"*

Cuando el embarazo ha sido muy esperado, existen más temores y expectativas que llevan a la necesidad de rea-

lizar todo lo que esté al alcance para asegurar la salud del bebé.

*"Después de haber esperado tanto y de haber perdido otro embarazo, tenía muchísimo miedo, primero de perderlo y después de que tuviera algún defecto, alguna enfermedad. Por eso me decidí por este estudio, no aguantaba todo el embarazo."*

## DISCUSIÓN BIOÉTICA

A partir de estos resultados, merecen discutirse algunas cuestiones relacionadas con los distintos valores implicados en el uso de esta técnica. Para esto, se toma como eje los tres principios fundamentales de la bioética: autonomía, beneficencia y justicia.

### Autonomía

Justamente uno de los fines del diagnóstico prenatal es favorecer a través de una información adecuada y de un consentimiento expreso, una actitud libre y responsable del paciente frente a sus propias decisiones.

De acuerdo a los datos obtenidos, existe una diferencia marcada en la valoración que la mujer hace del DP, de acuerdo a si acudió por voluntad propia o por sugerencia de otra persona (médico, marido). En el primer caso expresan gran conformidad y convicción de realizarlo en un próximo embarazo.

*"La que me decidí a hacérmelo fui yo y dependía de mí el tenerlo o no, ya que soy yo la que me reparto entre el trabajo y los chicos, yo la que renuncio a mi tiempo, yo la que me hubiera asumido la culpa de un aborto. Por eso, en un próximo embarazo, me lo volvería a hacer"*

En el segundo caso, manifestaron haber atravesado por una experiencia negativa, de dolor y en la cual no incurrirían nuevamente.

*"No sé para qué me lo hice, y pasé por semejante angustia hasta tener el resultado, todo para darle el gusto a mi marido"*

*"Fue el médico el que me sugirió de hacérmelo; y cuando estaba ahí, con esa aguja, tenía terror de que le pasara algo al bebé; no volvería a pasar por la misma situación".*

### Beneficencia

Hay un cierto consenso en cuanto a que para la madre, son diversos los beneficios que puede obtener de un diagnóstico prenatal cuando el resultado es normal: tranquilidad, disminución de la ansiedad y temores, mayor aceptación del niño. En consecuencia, el feto se vé también beneficiado o al menos no maleficiado. Sin embargo el conflicto aparece ante la posibilidad de un resultado anormal y la decisión de abortar. El profesional se vé comprometido entre el deber de beneficiar al feto y respetar la autonomía de la mujer; entre el derecho a la salud de uno y de otro; el derecho a la vida de un nuevo ser y a la calidad de vida de toda una familia; en definitiva, entre los valores de sus pacientes y los propios.

### Justicia

Este principio implica una igualdad de oportunidades, lo cual puede mirarse desde dos puntos de vista; en primer lugar tiene que ver en este caso con una distribución de los recursos para que mujeres de todos los sectores sociales puedan acceder al diagnóstico genético; sabemos sin embargo que la distribución

de recursos en salud es un tema sumamente complejo y habría que ver si una tecnología que solamente posibilita opciones es tan esencial como una tecnología que permite la curación.

En segundo lugar con respecto a la igualdad de oportunidades de vivir de todos los seres humanos, más allá de sus características genéticas.

## CONCLUSIÓN

La técnica, como como uno de los tantos modos que tiene la cultura de expresarse, permite en este caso, el conocimiento, el diagnóstico y a veces la modificación de características biológicas. Cada vez más se crea socialmente, la necesidad de saber, de prever, de controlar o impedir aquello que la naturaleza establece. Es sin embargo el hombre mismo quien crea las necesidades y dispone sobre lo que la naturaleza propone. Es el hombre quien ha establecido la necesidad de bebés "perfectos", de acuerdo a una cultura en la que prevalecen valores como la belleza física, la eficiencia, la competencia, el bienestar, por sobre el valor de la vida misma y de su dimensión trascendente. En los países desarrollados, más del 50% de las mujeres de más de 35 años, se realizan diagnóstico prenatal.(13). Si este porcentaje aumenta, qué consecuencias sociales tendría? Teniendo en cuenta que las mujeres que acceden a esta técnica son aquellas que disponen de recursos económicos para realizarla, las enfermedades genéticas entonces, ¿serán cada vez más patrimonio de los pobres?

Es decir, al igual que otros avances tecnológicos, el DP hace surgir reflexiones sobre diversos valores morales y sociales. Es el profesional quien se vé comprometido muchas veces entre tratar al feto como un paciente independiente, buscando su beneficio y el respeto a la autonomía de la mujer; entre el derecho a la salud de uno y de otro, entre el derecho a la vida de un nuevo ser y el proyecto de vida de una familia; en definitiva, entre los valores de sus pacientes y los propios.

Es posible que en un futuro no muy lejano, estos dilemas vayan teniendo menor cabida a medida que los avances de la genética permitan la terapia fetal. Pero mientras tanto, sólo queda utilizar y manejar la técnica de tal manera que favorezca la vida, su calidad, la salud de la mujer y su familia y por sobre todas las cosas, la dignidad en cada caso particular.

## REFERENCIAS

14. Sgreccia. Manual de Bioética. México: Diana 1996.
15. Saas, H. La Bioética: Fundamentos filosóficos y aplicación. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108(5y6), Washington, 1990
16. Beauchamp, T. L. Y Childress, J. F. Principles of Bioethics, 2ª Ed. Nueva York, Oxford University Press, 1983
17. Guy Durand; La Bioética. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1992, pp 29-34
18. Kitchener, K, Rubien et al, 1991, Cit. por Glover, Ethical and Legal issues regarding selective abortion of fetuses with Down Syndrome; Mental Retardation, Vol 4, August 1996, p 211
19. Ibid. Op. Cit, p.212

20. Ibid Op. Cit. P 212

21. Elizari Basterra, J. Bioética. Madrid: Paulinas, 1991

22. Ibid. Op.cit

23. Mattingly, S. The maternal-fetal dyad. Hasting center report, Jan-Feb 1992

24. Sabino,C. El Proceso de Investigación. Os Aires: Humanitas,1986

25. Se entiende por entrevista en profundidad a encuentros personales entre el investigador y el o los informantes, sin un orden preestablecido de preguntas, a fin de comprender las perspectivas.

12. Eisenberg,V; Schenker,J. The Moral aspects of Prenatal diagnosis. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive biology 72(1997) 35-45

## BIBLIOGRAFIA

• Beauchamp T.L. 1982 Contemporary Issues in bioethics. Woodwords, Belmont C.A

• Beauchamp T.L. y Childress J.L, 1983. Principles of Bioethics. 2da.Ed.New York, Oxford University Press

• Cafarra,C. 1989. Aspetti etici della diagnosi prenatali. Medicina e Morale 4.

• Calvez, J.Y. Una ética para nuestra sociedad en transformación,1993. Buenos Aires: Ciudad Nueva

• Cole,H. Diagnostic and Therapeutic Technology Assesment. Chorionic villus sampling, 1987. Journal of the American Medical Association 258,n.24

• Comitato Nazionale per la Bioética,Diagnosi Prenatale,1992,Roma:Societa e Istituzioni.

• Comité de ética Hospital San Juan de Dios; Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos,1990. Aspectos éticos, psicológicos y asistenciales.

• Dikcens, B.M. Prenatal diagnosis and female abortion: a case study in medical law and ethics, 1986. Journal of Medical Ethics 12.

• Eisemberg,V; Shencker,J. The moral aspects of prenatal diagnosis, 1997. European Journal of obstetric an ginecology and reproductive biology,72.

• Elizari Basterra,F.J. Bioética, 1991. Madrid: Paulinas.

• Evans, M. Reproductive Risks and Prenatal Diagnosis, 1992, Norwalk, Conn: Appleton and Lange.

• Forni, Gallart y Giardino, Métodos cualitativos II. 1992. La práctica de la investigación, Buenos Aires: CEAL

• Glover,C. Ethical and legal issues regarding selective abortion of fetuses with Down Syndrome.1996. Mental Retardation vol 4

• Kielstein,R; Saas,H; Right not to know or duty to know? Prenatal screening for Polycystic renal disease, 1992. The Journal of Medicine and Philosophy 17.

• Mattingly,S. The maternal-fetal dyad. 1992. Hasting Center Report, Jan-feb.

• Mori,M. Genetic selection and the status of the embryo. 1993. Cambridge, M.A: Blackwell Publishers.

• Reich,W.T. Encyclopedia of Bioethics I, 1978. Ney York: The free Press.

• Robertson,J. Embryos, Families and Procreative liberty: The legal Structure of the new reproduction, 1986. Southern California Law review 59.

• Ruiz,A. Instrumentación Genética, 1987, Madrid: Palabra.

• Sabino,C. El proceso de investigación, 1986. Buenos Aires: Humanitas.

• Strauss y Corbin, Basic Qualitative Research, 1991, London: Sage Publications.

• Testard, J. L'Oeuf transparent, 1986. Paris: Flammarion.

• Vidal,M. Bioética. Estudios de bioética racional, 1989. Madrid: Tecnos.