

Transexualidad, intersexualidad, e identidad de género: consideraciones desde la ética y deontología médica

Índice

1. Justificación del documento.....	2
2. Glosario de términos.....	2
2.1. Orientación Sexual.....	2
2.2. Identidad de género.....	3
2.3. Expresión de género.....	3
2.4. Intersexualidad.....	3
2.5. Transexualidad.....	3
3. Transexualidad: algunos aspectos médicos.....	3
3.1.1. Disforia de género en niños. 302.6 (CIE F64.2).....	4
3.1.2. Disforia de género en adolescentes y adultos. 302.85 (CIE F64.1) ...	5
3.2. Proceso diagnóstico-terapéutico.....	5
4. Intersexualidad.....	6
4.1. Aspectos históricos de la intersexualidad.....	8
4.2. Es la intersexualidad infantil, ¿una emergencia médica?.....	9
4.3. El consentimiento para el tratamiento de niños intersexuales.....	10
4.4. Recomendaciones sobre el manejo de la intersexualidad en menores	11
5. Código de Deontología Médica, Intersexualidad y Transexualidad.....	12
6. Conclusiones.....	12
7. Bibliografía.....	13

1. Justificación del documento

La autodeterminación de género sin más requisitos que el deseo de la persona es una realidad social que conviene analizar desde el punto de vista de la profesión médica. Las implicaciones que el abordaje de la transexualidad y de la intersexualidad tiene la profesión médica obliga a esta al desarrollo de un proceso de reflexión con perspectivas científicas, clínicas, sociales, y éticas.

Se trata de un fenómeno que está teniendo una expansión exponencial, especialmente entre los jóvenes y adolescentes, en los que adquiere una especial relevancia dadas las características emocionales propias de esas edades. Además, suele adquirir rasgos de inmediatez, como es el caso de la “Disforia de género de inicio rápido”, que lo hacen especialmente problemático para la persona y su entorno familiar.

Este tipo de conductas pueden encontrar parte de su fundamento en la “teoría queer” (el término ‘queer’ fue acuñado en 1991 por Teresa de Lauretis) que sostiene que tanto el género como la orientación sexual son construcciones sociales sin bases genéticas ni hormonales y que la identidad sexual de la persona va cambiando en función de los deseos de cada momento sin que exista ningún nexo con la realidad biológica.

En este documento se abordarán la transexualidad, la intersexualidad, desde las perspectivas antes mencionadas para intentar llegar a conclusiones profesionales, y sobre todo éticas y deontológicas para el mejor quehacer del médico.

2. Glosario de términos

2.1. Orientación Sexual.

La orientación sexual se define como la atracción hacia otra persona en el plano sexual o afectivo. En consecuencia, la orientación sexual puede ser heterosexual (cuando el objeto de atracción es una persona del sexo opuesto), homosexual (atracción hacia personas del mismo sexo), o bisexual cuando la atracción se produce hacia cualquiera de los sexos.

Comisión Central de Deontología

2.2. Identidad de género.

La identidad de género alude a la percepción personal que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su género. La identidad de género puede coincidir con el sexo asignado a una persona o puede diferir de dicha clasificación. En la mayoría de las personas, los diversos determinantes biológicos del sexo son congruentes y se ajustan a la identidad de género.

2.3. Expresión de género.

Manifestación que cada persona hace de su identidad sexual.

2.4. Intersexualidad.

Grupo de afecciones en las que existe una anomalía, manifestada en los genitales internos y externos, que impide definir si un individuo pertenece al sexo masculino o femenino.

2.5. Transexualidad

Situación en la cual una persona tiene convicción y sentimiento de pertenencia al sexo opuesto al biológico y desea cambiar su identidad, o ya lo ha realizado, por la del otro género.

3. Transexualidad: algunos aspectos médicos

El término 'transgénero' se refiere a aquellas personas que se identifican y desean pertenecer al sexo opuesto con el que nacieron, pero que todavía no se han sometido a reasignación de sexo.

El transexual es quien tiene convicción y sentimiento de pertenencia al sexo opuesto al biológico y desea cambiar su identidad o ya lo ha realizado, por la del otro género.

La 'disforia de género', término que utiliza el DSM-5 de la American Psychiatric Association comprende el "sufrimiento o las dificultades causadas por una discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo que se le ha asignado por nacimiento (así como el rol de género asociado y/o las características sexuales

Comisión Central de Deontología

primarias y secundarias)” (Lardiés and Cipres, 2020). Son criterios DSM-5 para el diagnóstico de disforia de género:

3.1.1. Disforia de género en niños. 302.6 (CIE F64.2)

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe ser el Criterio A1):

1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
2. En los chicos (sexo asignado), una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas.
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.
5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto.
6. En los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual.
8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Comisión Central de Deontología

3.1.2. Disforia de género en adolescentes y adultos. 302.85 (CIE F64.1)

A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo que los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna).

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

3.2. Proceso diagnóstico-terapéutico

El abordaje diagnóstico-terapéutico de la disforia de género consta de 3 pilares fundamentales: evaluación diagnóstica psicológica inicial con psicoterapia si fuera necesario, evaluación endocrinológica y terapias hormonales y quirúrgicas de reasignación de sexo.

Comisión Central de Deontología

La evaluación diagnóstica es un proceso prolongado y complejo que debe ser controlado de manera rigurosa durante un mínimo de 6 meses.

Es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que la falta de certeza en esta fase está asociada a un incremento del arrepentimiento tras la realización del tratamiento de reasignación sexual.

El periodo de evaluación diagnóstica puede ir acompañado del abordaje de problemas psicológicos o psiquiátricos que se diagnostiquen y deban ser tratados.

Cualquier tratamiento de reasignación de sexo que se inicie debe ir precedido del correspondiente consentimiento informado en el que se expresaran de forma comprensible los objetivos del procedimiento, las consecuencias previsibles de su realización y los riesgos generales y específicos de los procedimientos.

La fase inicial se continuará, a lo largo del proceso de cambio de sexo, con evaluación periódica del caso, psicoterapia y terapia familiar si se considera necesaria y coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.

4. Intersexualidad

Los estados intersexuales, o las anomalías del desarrollo sexual son un grupo de patologías originadas por anomalías en algunas etapas del desarrollo fetal del sexo genético (cromosomas sexuales), del sexo gonadal (ovarios o testículos), o del sexo genital.

En 2006, la Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES) y la European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE) publicaron un estudio sobre desórdenes intersexuales con el objetivo de elegir una terminología que fuese más descriptiva y desprovista de carga peyorativa. Se acordó incluir las enfermedades asociadas a estados intersexuales dentro del concepto "Disorders of Sex Development (DSD)", en español: "trastornos del desarrollo sexual".

Son un grupo de afecciones en las que existe una anomalía en los genitales internos y externos y que impide definir si un individuo pertenece al sexo masculino o femenino. La intersexualidad o DSD acoge a entidades clínicas que presentan etiologías y

Comisión Central de Deontología

características fenotípicas diversas. La declaración de consenso de 2006 clasificó los diagnósticos en tres grandes grupos: 1) cuando existen anomalías en los cromosomas sexuales; 2) cuando las anomalías se dan con el cariotipo 46 XY; 3) cuando las anomalías se dan con cariotipos 46XX.

Como entidades más frecuentes de DSD podemos destacar las siguientes (Lee et al., 2006):

1. Hiperplasia adrenocortical congénita (pseudohermafroditismo femenino, código E25.0 del CIE-10): su causa se atribuye a una disfunción hereditaria de una o más de las seis enzimas implicadas en la síntesis de hormonas esteroideas. Los rasgos clínicos básicos consisten en la aparición en un neonato XX de una masculinización genital leve o severa, que puede ser evidente en el momento del nacimiento o con posterioridad. De no ser tratada, puede causar masculinización en la pubertad. Algunas formas afectan drásticamente al metabolismo salino y ponen en peligro la vida si no se tratan.
2. Síndrome de insensibilidad a los andrógenos (pseudohermafroditismo masculino, código Q56.1 del CIE-10): su causa radica en un cambio hereditario del receptor para la testosterona en la superficie celular. En este caso, los neonatos XY presentan una feminización de los genitales. El cuerpo no reacciona a la presencia de testosterona, produciéndose un desarrollo inadecuado de la masculinización. Los elementos más perceptibles son la aparición de mamas en la pubertad y una silueta femenina.
3. Disgenesia gonadal: sus causas no son únicamente de carácter genético. En este caso suelen ser individuos, por lo general XY, cuyas gónadas no se desarrollan adecuadamente y los rasgos clínicos son heterogéneos.
4. Hipospadias (código Q54 del CIE-10): sus causas también son múltiples e incluyen alteraciones del metabolismo de la testosterona. Los rasgos clínicos más definitorios se perciben en la uretra, pues ésta no se abre al exterior por el extremo del pene sino en la parte inferior del glande (aberturas leves), en el tronco del pene (aberturas moderadas), o en la base del mismo (aberturas severas).

Comisión Central de Deontología

5. Síndrome de Turner (código Q96 del CIE-10): sus causas radican en la carencia del cromosoma X en las mujeres (se suele etiquetar con las siglas XO). Los rasgos cénicos corresponden a una forma de disgenesia gonadal que impide que los ovarios se desarrollen. La estatura del sujeto tiende a ser baja y los caracteres sexuales secundarios están ausentes.
6. Síndrome de Klinefelter (códigos Q98-0-4 del CIE-10): este síndrome responde a las mismas causas que el anterior, pero a la inversa, el varón posee un cromosoma X de más (suele etiquetarse con las siglas XXY). Se trata de una forma de disgenesia gonadal esterilizante.

4.1. Aspectos históricos de la intersexualidad

Según la Sociedad Americana de Intersexualidad, ésta se observa en 1 de cada 1.500 nacimientos y se caracteriza por la existencia de unos genitales atípicos. La hiperplasia adrenal y el síndrome de Klinefelter son los más frecuentes en la práctica clínica, pudiendo causar clitoromegalia o “micropenes” (Audí Parera et al., 2019).

Los aspectos históricos más relevantes para el tratamiento de neonatos intersexuales se remontan a la década de los años 50, en concreto al doctor John Money, de la Universidad John Hopkins. El enfoque ahora conocido como “optimal gender of rearing” (“desarrollo óptimo de género”), o protocolo Money, afirmaba que el género es flexible en la primera infancia y que la educación social podría cimentar la identidad de género en mayor medida que la biológica. Por eso, dicho protocolo proponía que la ingeniería social de género debía acompañarse de un “alineamiento” de los “órganos genitales anormales”, de modo que éstos fueran coherentes con el género asignado. Para ello, proponía que los niños varones (cromosómicos) con micropene fueran reasignados rápidamente al sexo femenino y que su pene fuese reconstruido al tamaño de un clítoris. Además, Money recomendaba que las nuevas “niñas” vistiesen de color rosa y fueran estimuladas con conductas sociales tradicionalmente femeninas. Afortunadamente, este planteamiento médico fue criticado y no fomentado. Es evidente, desde el punto de vista médico, que la alteración del tejido genital no cambia el sexo de un individuo. Por otra parte, los

Comisión Central de Deontología

cambios genitales quirúrgicos, asociados a cambios en las costumbres sociales no consiguen alterar la identidad sexual del niño.

La justificación de estos procedimientos tradicionales descansaba en la idea de que la intersexualidad es una situación patológica y que sexo y género deben ser alineados inmediatamente por miedo a que, si el niño permanecía en un estado intersexual, podía sufrir trastornos psiquiátricos en el futuro e incluso tendencias suicidas. Sin embargo, existen estudios que no han demostrado correlación entre la ambigüedad genital y el distress psicosocial en personas intersexuales (Intersex Society of North America. N.p., n.d. Web. 7 May 2011. <<http://www.isna.org>). Las actuaciones médicas de la intersexualidad a menudo han sido incoherentes con la medicina centrada en la persona (Kipnis and Diamond, 1998).

4.2. La intersexualidad infantil, ¿es una emergencia médica?

En general, en la medicina occidental el tratamiento de los niños con patología intersexual pretende mitigar “la ambigüedad sexual” porque se considera que sería un elemento generador de ansiedad y de problemas psicológicos. Sin embargo, la cirugía inmediata de “normalización” de género rara vez es una necesidad médica. Habitualmente la necesidad de actuar con rapidez sobre la definición sexual de los neonatos intersexuales no se justifica por un peligro médico, sino para disminuir la ansiedad de los padres que ven a su hijo como intersexual cada vez que le cambian el pañal (Ford, 2001). Tanto para los padres como para los médicos resulta más fácil encuadrar al neonato dentro del binario sexual que en otra categoría. Por otra parte, la intención de “normalizar el sexo” del niño tiene también como intención evitar en el futuro la “intimidación y vergüenza” por otros niños, al encajarlo en grupos sexuales definidos. Sin embargo, este tipo de tratamientos y cirugías no siempre consiguen disminuir la ansiedad del niño sino que lo llevan a pensar que su cuerpo es algo inaceptable y por lo que debe estar avergonzado (De María Arana 2005; Ford, 2001).

El tratamiento de los niños con patología intersexual no es fácil. Los profesionales sanitarios no solamente deben conocer el tipo de cirugía a realizar, sino también, y aún más importante, cuándo evitar una cirugía innecesaria. El

Comisión Central de Deontología

objetivo principal del tratamiento debe atenderse al interés del menor, no tanto a aliviar el malestar de su familia o entorno social, centrandolo la actuación médica en el paciente y en su evolución a lo largo de toda su vida. Un enfoque centrado en la persona implica, a veces, tener que reconocer y tolerar un cierto grado de malestar de la familia, a la cual se debe dar apoyo y asesoramiento, máxime si hay un factor genético hereditario, planteándoles que el tratamiento de la intersexualidad no es una emergencia médica, sino que debe ser proyectado como un elemento más del desarrollo integral de la persona a lo largo de su vida.

4.3. El consentimiento para el tratamiento de niños intersexuales

El consentimiento es un factor clave que complica cualquier debate sobre cirugía genital o tratamientos de “normalización” de género en niños, ya que estos no son capaces de dar un consentimiento informado válido. Los padres son los representantes legales del niño y, por tanto, los que deben consentir la cirugía. Pero la cuestión crucial es ¿están los padres suficientemente informados sobre la decisión que van a tomar? ¿Han sido completamente informados sobre todas las opciones terapéuticas, tanto quirúrgicas como médicas? Posiblemente muchos padres piensen que el tratamiento, incluyendo el quirúrgico, es la mejor opción dado que así su hijo será un niño “normal” y, por tanto, socialmente aceptado (Thyen et al., 2005). Una de las opciones es diferir la cirugía hasta que el niño tenga una edad suficiente para dar un consentimiento válido y sopesar los beneficios y riesgos. Después de escuchar los testimonios de algunos individuos intersexuales parece razonable y prudente esperar hasta que el niño tenga madurez suficiente para que comprenda la situación y pueda dar su consentimiento (Chase, 1998). Por otra parte, el hecho de la existencia de micropene o clitoromegalia en personas intersexuales no necesariamente se acompaña de deseos de terapia quirúrgica (De María Arana 2005, p. 34).

La mayor parte de los autores piensan que la cirugía genital no es médicamente necesaria y que nunca debería realizarse sin el consentimiento del paciente. La cirugía genital en pacientes menores intersexuales es un tratamiento, de gran trascendencia cuyas consecuencias cambian definitivamente la vida de la persona intersexual. Es por ello por lo que este tipo de decisiones deben ser cautelosamente

Comisión Central de Deontología

tomadas y deberían siempre esperar el consentimiento del niño una vez haya madurado su personalidad.

4.4. Recomendaciones sobre el manejo de la intersexualidad en menores

El Grupo de Alemán de Estudio de la Intersexualidad (Wiesemann et al., 2010) desarrolló un conjunto de recomendaciones en relación al manejo de los niños intersexuales, entre las que se incluyen:

1. El problema de la diferenciación sexual no requiere, *per se*, una corrección rápida en recién nacidos ni se trata de una emergencia quirúrgica, sino en general de una urgencia psicosocial.
2. Debe realizarse una planificación consensuada de las pautas terapéuticas en los casos de niños intersexuales con una aproximación multidisciplinar por parte del equipo de salud junto con los padres.
3. El bienestar del niño no está automáticamente asegurado por el cambio de los genitales externos.
4. Debe fomentarse un planteamiento terapéutico en el que se incluya la aceptación del problema de diferenciación sexual, orientando las terapéuticas a largo plazo y propiciando el diálogo de situación entre el menor intersexual y sus padres (Diamond and Sigmundson, 1997).
5. Todas las intervenciones terapéuticas deben basarse en un diagnóstico clínico exhaustivo.
6. Debe tenerse en cuenta que actualmente no hay evidencia médica concluyente que apoye todos los planes estratégicos posibles de menores intersexuales.
7. El menor deberá ser informado en función de su capacidad y situación clínica, procurando que su opinión se base en la mejor información posible.
8. Las actuaciones terapéuticas realizadas en menores intersexuales deben tener en cuenta que el futuro adulto puede pedir explicaciones sobre las mismas, por lo que deberán estar plenamente justificadas.

5. Código de Deontología Médica, Intersexualidad y Transexualidad

El Código de Deontología médica (2011) no realiza ninguna mención a la transexualidad, a la intersexualidad, ni al comportamiento del médico en relación al abordaje ético-deontológico de las disforias de género y estados intersexuales.

EL Código de Deontología Médica recientemente aprobado y pendiente de publicación considera un deber del médico el respeto a la orientación sexual e identidad de género de sus pacientes, e igualmente que la orientación sexual y la identidad de género no pueden ser motivo de discriminación o rechazo a dichas personas.

El mencionado Código en relación a la atención médica dirigida al apoyo de la orientación sexual y de la identidad de género, considera que aquel debe ser respetuoso y buscar siempre el mayor beneficio de la persona. También considera que en los tratamientos de menores y adolescentes dirigidos a generar un cambio de sexo deberán intervenir médicos expertos, en equipos multidisciplinarios, y que tengan las competencias oportunas para ello. Igualmente considera que debe evaluarse juiciosamente el interés superior del menor dada la irreversibilidad de los procedimientos que se realizarán dirigidos a ese cambio de sexo.

6. Conclusiones

- a) El médico debe respetar tanto la orientación sexual como la identidad de género de sus pacientes, y estas nunca deben ser motivo de discriminación o rechazo.
- b) La atención médica dirigida al apoyo de la orientación sexual, y la identidad de género deben ser respetuosas y buscar el mayor beneficio del paciente.
- c) En el proceso de autodeterminación de género, especialmente en los casos de menores de edad y adolescentes, deben intervenir profesionales y equipos multidisciplinarios constituidos por psiquiatras, psicólogos, endocrinos cirujanos, etc. debidamente capacitados en estas cuestiones.
- d) La transexualidad es un fenómeno complejo, tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. Requiere estudio profundo, reflexión por todas las partes y prudencia en las actuaciones que en muchas ocasiones serán irreversibles.

Comisión Central de Deontología

- e) En el momento actual existe en la sociedad, y en particular a través de las redes sociales, una importante presión sobre los jóvenes y adolescentes para hacerles creer que la transexualidad es la solución a sus problemas cuando, en realidad, puede tratarse de una inestabilidad emocional propia de la edad o de un trastorno psicológico o de otro orden que necesita un diagnóstico y tratamiento adecuados. Sería una mala praxis médica que los deseos de los menores y adolescentes se convirtieran automáticamente en ‘derechos’ que los profesionales sanitarios tuvieran que ejecutar sin un diagnóstico y estudio previos.
- f) La atención sanitaria integral a personas intersexuales debe realizarse de acuerdo con los principios de autonomía, decisión y consentimiento informado, no discriminación, asistencia integral, calidad, y especialización.
- g) Los médicos no debemos renunciar al cuidado de la salud de las personas, así lo recoge nuestro Código de Deontología en su Art. 5.1: “La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. .../... el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”. Ninguna ley ni orden administrativa puede privar a la persona de recibir la atención médica que precise, mucho menos si es un menor que solicita una actuación que puede ser irreversible y de la que luego se puede arrepentir.

7. Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2014.
- Audí Parera LA et al. Anomalías del desarrollo sexual. Desarrollo sexual diferente. Protocolos diagnóstico terapéuticos en pediatría. 2019; 1:1-19
- Chase C. Surgical progress is not the answer to intersexuality. J Clin Ethics. 1998; 9:385–392
- Código de Deontología de la Organización Médica Colegial de España. 2011.
- De María Arana, M. A Human Rights Investigation into the Medical of ‘Normalization’ of Intersex People. Human Rights Commission of the City and County of San Francisco 28 Apr. 2005: 1-110.
- Diamond M, Sigmundson HK. Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med. 1997; 151:298–304.

Comisión Central de Deontología

- Ford, Kishka-Kamari. First, Do No Harm: The Fiction of Legal Parental Consent to Genital-Normalizing Surgery. *Yale Law and Policy Review*. 2001;19.2: 469-488. <http://www.jstor.org/stable/40239572>
- Intersex Society of North America. N.p., n.d. Web. 7 May 2011. <<http://www.isna.org>
- Kipnis K, Diamond M. Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. *J Clin Ethics*. 1998; 9:398–410.
- Lardiés B, Ciprés L. Protocolo para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con disforia de género en la consulta de endocrinología. *Hospital Obispo Polanco*. 2020, 1-19.
- Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA, in collaboration with the participants in the International Conference on Inter-sex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. Consensus Statement on management of intersex disorders. *Pediatrics*. 2006; 118:c488-500.
- Thyen U, Richter-Appelt H, Wiesemann C, Holterhus P-M, Hiort O. Deciding on gender in children with intersex conditions. Considerations and controversies. *Treatments in Endocrinology*. 2005; 4:1–8.
- Wiesemann C. et al. Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2010; 169:671–679..