COMISIÓN ANDALUZA DE DENTOLOGÍA MÉDICA

**Análisis de aspectos éticos de la proposición de ley en relación a la atención a personas lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI).**

Este documento está dividido en 4 apartados y pretende hacer una propuesta de modificación de la Proposición de Ley publicada en el Boletín del Parlamento de Andalucía sobre la atención del colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e Intersexuales (LGTBI). En cada apartado se plantean reflexiones sobre los temas abordados en el enunciado de los mismos y al final de cada apartado existe un recuadro con texto que resume las propuestas concretas de modificación de la proposición de ley.

1. EN RELACIÓN A LOS ESTADOS INTERSEXUALES
   1. En relación a la relevancia de diferenciar los estados intersexuales de otro tipo de disforia de género.

La versión 10 de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de la OMS, vigente desde 1990, incluye los trastornos de la identidad de género en el en el código F64 que, a su vez, abarca la transexualidad (F64.0), el travestismo (F64.1) y el trastorno de identidad de género de la infancia (F64.2). En 2018 la OMS publicará una nueva edición de su manual de enfermedades (CIE-11), en el que la transexualidad desaparece del capítulo de "trastornos de la personalidad y el comportamiento" y pasa al de "condiciones relativas a la salud sexual” bajo la denominación de “discordancia de género". Esto significa que ya no se considerará una enfermedad o patología que requiere de un diagnóstico y un tratamiento, sino una condición o término descriptivo.

Por su parte, el DSM-IV (Manual estadístico de los trastornos mentales, versión 4, publicado en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría) lo denominaba trastorno de identidad de género (dentro de la categoría de los trastornos sexuales). Recientemente, en 2013, la versión 5 del Manual (DSM-5) lo ha reclasificado, incluyéndolo en una categoría propia bajo la denominación de “disforia de género”. Esto significa que ya no constituye una enfermedad mental por sí mismo, sino que su característica fundamental es la presencia de malestar clínicamente significativo asociado a la condición de género; es decir, al distress debido a la discordancia entre su sexo asignado al nacer, con el que no se identifican ni sienten como propio, y su identidad de género.

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. Por ello acordaron incluir las enfermedades asociadas a estados intersexuales dentro del concepto "Disorders of Sex Development (DSD)"; en español: "trastornos del desarrollo sexual".

El hecho de elaborar un documento incluyendo a diversos colectivos bajo las siglas LGBTI, pudiera, per se, ser inadecuado, debido a que determinadas personas con disforia de género o patología sexual pudieran considerar que no deberían incluirse dentro de ese colectivo. El elemento más discordante es incluir a personas intersexuales dentro del mismo.

Aunque las siglas LGBTI son reconocidas en el ámbito popular, incluyen junto a personas con disforia de género no patológicas a otras personas con patologías médicas definidas, como son estados intersexuales (Síndrome de Klinefelter, síndrome de Turner, disgnesias gonadales, hiperplasia adrenocortical congénita, etc.). Ello pudiera vulnerar el derecho de las personas con estados intersexuales a no ser incluidas dentro de ese colectivo. A nivel internacional, los estados intersexuales no suelen incluirse bajo las siglas LGBT. En algunos casos se emplean las siglas LGBTQ, que incluyen a personas “queer”, “extrañas”, pero no específicamente a aquellas con estados intersexuales por ser consideradas estos una situación patológica.

|  |
| --- |
| * *No debería incluirse el grupo pacientes con intersexualidad dentro del marco normativo de transexualidad o disforias de género, ya que se trata de grupos con patología con sus propios códigos diagnósticos en el CIE10. Por tanto la intersexualidad no debería catalogarse como disforia de género*. |

* 1. En relación a si la terapia dirigida a la diferenciación sexual se trata de medicina curativa o medicina satisfactiva.

Aunque este documento pretende analizar solo la Proposición de Ley arriba mencionada, dado que la tendencia social y normativa existente es separar la disforia de género de la patología médica, para el desarrollo de futuros cambios normativos en el tema de la sexualidad es importante realizar una reflexión sobre si la terapia dirigida a la diferenciación sexual en el ámbito de la transexualidad tiene la consideración de medicina curativa o medicina satisfactiva. Aunque no es un tema urgente en el momento actual, sí sería conveniente realizar en el futuro un análisis ético del tema, tanto desde el punto de vista de las personas con disforia de género como desde los profesionales que les prestan atención sanitaria. Posiblemente este elemento de discusión está más claro en los estados intersexuales, donde la medicina practicada puede ser considerada medicina curativa y no medicina satisfactiva.

|  |
| --- |
| * *En un futuro debería realizarse una reflexión ética sobre si la atención médica de personas con disforia de género es medicina curativa o medicina satisfactiva, para hacerla coherente con el concepto de “no patología”* |

* 1. En relación al tratamiento de personas intersexuales menores de edad.

El término intersexualidad hace referencia a un grupo de afecciones en las que existe una anormalidad en los genitales internos y externos y que impide definir si un individuo pertenece al sexo masculino o femenino. La intersexualidad, también conocida DSD (trastorno de desarrollo sexual según siglas en inglés), suele dividirse en seis categorías principales (ver apéndice I).

La ISNA (Sociedad Intersexual de Norteamérica en materia de intersexualidad), ha denunciado las numerosas y traumáticas intervenciones quirúrgicas que se practican a personas intersexuales. También se posiciona contra el protocolo médico-quirúrgico urgente; esto es, rechaza las intervenciones en menores excepto aquellas que sean estrictamente necesarias. La ISNA demanda el derecho de todo intersexual a determinar su propia identidad sexual una vez pueda comunicarla y, en consecuencia, que se respete su decisión por parte de médicos, terapeutas y familiares. Uno de los posicionamientos de la ISNA es la arbitrariedad que existe en la definición de sexo e identidad sexual, pues en el momento del nacimiento existen multitud de combinaciones cromosómicas, hormonales y gonadales que cuestionan la clasificación binaria tradicional (masculino-femenino) que se toma y fija como norma y que luego se trasladada a los protocolos de actuación médica.

* + 1. ¿Es la intersexualidad infantil una emergencia médica? ¿Para quién?

Las sociedades occidentales tienden actualmente a mantener la dicotomía hombre-mujer, excluyendo cualquier otra variedad al considerarla un elemento generador de ansiedad y problemas psicológicos. Consecuentemente, el tratamiento médico de los niños con patología intersexual pretende mitigar “la ambigüedad sexual”. Sin embargo, la cirugía inmediata de “normalización” de género rara vez es una necesidad médica. En general, la necesidad de actuar con rapidez sobre la definición sexual de los bebés 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[[1]](#footnote-1). Tanto para los padres como para los médicos es mucho mejor encuadrar al bebé 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[[2]](#footnote-2),[[3]](#footnote-3)*.*

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, cuando evitar una cirugía innecesaria. El objetivo principal del tratamiento debe atenerse al interés del menor, no a aliviar el malestar de su familia o entorno social, centrando 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, 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.

* + 1. 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[[4]](#footnote-4)*.*

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 dar su consentimiento[[5]](#footnote-5). Por otra parte, el hecho de la existencia de micropene o clitoromegalia en personas intersexuales no necesariamente se acompaña de deseos de terapia quirúrgica[[6]](#footnote-6).

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 crucial, cuyas consecuencias cambian definitivamente la vida de la persona intersexual. Por eso, este tipo de decisiones deben tomarse cautelosamente y siempre deberían esperar a que el niño haya madurado su personalidad para dar un consentimiento válido.

|  |
| --- |
| *En relación a la proposición de ley cabria, por tanto, realizar los siguientes comentarios:*   1. ***En relación a la redacción del artículo 13*** *(Protocolo de atención integral a personas intersexuales) en el* ***punto 1*** *sugerimos la siguiente redacción: “Se* ***establecerá un protocolo específico de actuación en materia de intersexualidad, que incluirá atención psicológica adecuada y los tratamientos de asignación de sexo requeridos en atención al género sentido. No obstante, estos tratamientos no deberían aplicarse de modo genérico a menores de edad.*** *Esta aseveración se basa en que en muchos casos de intersexualidad no existe evidencia científica sobre cuál es la mejor opción terapéutica ni cuándo debe realizarse. Por otra parte, debería tenerse en cuenta el mejor interés de la persona intersexual no solamente durante su infancia sino también durante la fase adulta.* 2. ***En la redacción del artículo 13*** *(Protocolo de atención integral a personas intersexuales), debería añadirse el texto siguiente en* ***el punto 2 o siguientes****:* ***“En los casos de recién nacidas intersexuales, los protocolos médicos de definición sexual terapéutica deberían posponerse hasta que la persona intersexual pueda otorgar un consentimiento válido y siempre buscando el mejor interés del menor y no el bienestar psíquico de los familiares y su entorno social****.* 3. *La redacción de la* ***disposición adicional tercera****, relativo a la Modificación de la “Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía”, podría cambiarse de la siguiente forma:*    * ***«Se establecerá un protocolo específico de actuación en materia de intersexualidad que incluirá todos los tratamientos de asignación de sexo requeridos en atención al género sentido. En caso de que una persona nazca con una anatomía reproductiva o sexual que no encaje con las definiciones típicas de masculino o femenino, no será objeto de cirugía genital si no obedecen a la decisión de la propia persona afectada (siempre que se compruebe adecuadamente su madurez) o a la necesidad de asegurar una funcionalidad biológica por motivos de salud.*** |

1. EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO DE PERSONAS TRANSEXUALES MENORES DE EDAD

La transexualidad se define como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido.

El protocolo de tratamiento de personas transexuales más aceptado se basa en los estándares asistenciales propuestos por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH), que se revisan periódicamente y sirven de guía asistencial. El protocolo del proceso para el cambio de sexo contempla tres fases: psicológica, hormonal y quirúrgica. Los datos de las investigaciones apuntan que la presencia de disforia de género no implica necesariamente la existencia de otros trastornos mentales, sin embargo, muchos adolescentes transexuales experimentan problemas psicosociales y de salud mental, probablemente debidos a los desafíos con los que se tienen que enfrentar para ser aceptados socialmente.

Durante muchos años los criterios asistenciales basados en protocolos internacionales indicaban que no se debían iniciar tratamientos irreversibles, ya sea hormonales o quirúrgicos, en personas transexuales hasta que no hubieran alcanzado la mayoría de edad, a pesar de que un amplio número de ellos manifestaban una identidad persistente desde la infancia y un sufrimiento psicológico evidente, que se incrementaba con la aparición de los signos puberales.

Hoy día, en cambio, hay equipos de tratamiento que defienden iniciar el proceso terapéutico durante la etapa puberal, siempre que exista un diagnóstico claro de persistencia y habiendo vivido el adolescente las primeras etapas puberales en su sexo biológico, con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y el resultado estético en el aspecto del sexo deseado.

Es preciso tener en cuenta los datos sobre persistencia (persistir en el deseo de cambio de género) que han sido publicados por diversos autores. Según la literatura médica, existe una gran variabilidad en la tasa de persistencia, que oscila entre el 27% y el 95%. Ello implica una tasa significativa de preadolescentes (5-73%) que durante un periodo de su infancia dicen sentir deseo de cambio de sexo pero que no seguirán experimentado la disforia de género en la adolescencia[[7]](#footnote-7).[[8]](#footnote-8),[[9]](#footnote-9),[[10]](#footnote-10),[[11]](#footnote-11),[[12]](#footnote-12)*.*

Los criterios para pasar a la fase quirúrgica genital exigen, no solamente más de un año de tratamiento hormonal sino también haber vivido, de forma satisfactoria, con el rol de género sentido a un alto nivel de satisfacción. El apoyo psicológico durante esta fase consiste en enseñar la forma de controlar la ansiedad anticipatoria pre-quirúrgica y en instaurar pautas de control emocional.

Dadas las consecuencias parcial o totalmente irreversibles de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar un cuidadoso diagnóstico y una evaluación exhaustiva individualizada en unidades especializadas, incluso en el ámbito psicológico. El diagnóstico debe ir apoyado por un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia con el fin de asesorarle durante el proceso de construcción de la identidad de género sentida.

El tratamiento hormonal de la transexualidad incluye:

1- “Frenado” puberal con agonistas (análogos de las gonadotropinas GnRH)

2- Tratamiento hormonal cruzado mediante la administración de:

* estrógenos y antiandrógenos en transexuales femeninas
* testosterona en transexuales

El tratamiento hormonal en niños y los adolescentes con disforia de género supone un desafío ético pues los principios éticos llevan hacia posiciones discrepantes. El principio de beneficencia no solamente sugeriría como adecuado el tratamiento empleando hormonas GnHR para suprimir la pubertad sino también el tratamiento hormonal cruzado, el cual respetaría los deseos de la persona y favorecería su desarrollo en la transición de género. Pero como contraargumento está el principio de maleficencia, debido al riesgo de no persistencia en el deseo de transexualidad en alguna de estas personas. Otro problema añadido sería el riesgo de esterilidad asociado a esos tratamientos.

En todo análisis crítico de transexualidad en menores debe tenerse en cuenta la edad y el desarrollo cognitivo y madurativo de la persona con disforia de género. Mientras la reversibilidad y seguridad de la terapia hormonal que suprime la pubertad justifican el tratamiento de fase primera en muchos niños, la segunda fase de tratamiento con terapia hormonal cruzada (con las implicaciones de la fertilidad que conlleva) sólo sería justificable en adolescentes con una segura persistencia de transexualidad.

Por otra parte, en un análisis de situación el tratamiento hormonal puede tener un efecto nocivo en personas con tendencias suicidas.

Es esencial un acercamiento integral para asegurar el bienestar general de los menores transexuales, teniendo en cuenta planteamientos políticos médicos y éticos.

* 1. Dilemas sobre el tratamiento hormonal en menores

El tratamiento de los adolescentes con disforia de género ha recibido una variedad de críticas[[13]](#footnote-13),[[14]](#footnote-14),[[15]](#footnote-15)*.*

* + 1. Argumentos a favor del tratamiento hormonal en menores
* Retrasar el comienzo del tratamiento hormonal hasta la mayoría de edad legal tiene desventajas psicológicas y aumenta la probabilidad de comportamientos de riesgo.
* La supresión puberal mejora la precisión diagnóstica al proporcionar más tiempo para explorar la identidad sexual y de género sin tener la angustia de la presencia de los caracteres sexuales secundarios que se van desarrollando.
* Se elimina el desarrollo de caracteres sexuales no deseados.
* Probablemente ayudará a que las cirugías que se lleven a cabo sean menos invasivas.
  + 1. Argumentos en contra del tratamiento hormonal en menores
* No debería realzarse un diagnóstico de disforia de género en adolescentes debido a que su identidad puede fluctuar durante la adolescencia.
* Evitar la aparición de los caracteres sexuales secundarios podría afectar la formación espontánea de su identidad.
* Existen preocupaciones sobre riesgos en la salud derivados del desarrollo de la masa ósea, la altura corporal.
* Los efectos de la supresión de las hormonas de la pubertad sobre el desarrollo cerebral son actualmente desconocidos.

|  |
| --- |
| *En relación a la proposición de ley cabria realizar los siguientes comentarios:*   * *Sigue siendo aún controvertido el hecho de realizar tratamientos hormonales en personas transexuales menores de edad.* * *El Artículo 19 de la Ley 2/2014, de 8 de julio, señala que: “Los menores incluidos en el ámbito de aplicación de la presente Ley tienen pleno derecho a recibir la atención sanitaria necesaria para garantizar el desarrollo equilibrado y saludable de su identidad de género, con especial atención en la etapa de la pubertad, de conformidad con las recomendaciones médicas internacionales en materia de transexualidad, que en todo caso han de ser compatibles con los principios inspiradores de esta Ley”. Por tanto, en nuestra normativa vigente no existe actualmente una promoción ni una prohibición de la realización de tratamientos hormonales en personas menores transexuales. No obstante, tampoco se mencionan los tratamientos específicos dirigidos a conseguir la transexualidad en menores sino sólo una referencia genérica al “desarrollo equilibrado y saludable de la identidad de género”.* * *Por ello, la proposición de ley debería hacer referencia explícita a los tratamientos a los menores de edad y, en cualquier caso, el* ***artículo 12 (punto 2)*** *debería eliminar la referencia a los menores o especificarse que solamente se hace referencia a ellos en cuanto a la no discriminación, pero no al derecho de todos los menores al tratamiento hormonal.* * ***El artículo 12 (punto 3)*** *de la proposición de ley debería hacer referencia explícita a que “proporcionar intervenciones quirúrgicas para favorecer la transexualidad” se refiere a mayores de edad, quedando excluidos los menores.* * *Todas las anteriores consideraciones deberían tenerse en cuenta en la redacción de la* ***disposición adicional cuarta, punto 4,*** *relativo a la Modificación de la “Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía”.* |

**APÉNDICE I. Categorías principales de intersexualidad**

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 bebé 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 bebés 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. **Disgenesias 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. **Hipostasias (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).
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 cínicos corresponden a una forma de disgenesias 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 disgenesias gonadal esterilizante.

**APÉNDICE II: Aspectos históricos de la intersexualidad**

Según la Sociedad Americana de Intersexualidad, ésta se observa en 1 de cada 1500 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”.

Los aspectos históricos más relevantes para el tratamiento de bebés 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 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[[16]](#footnote-16)*.* Las actuaciones médicas de la intersexualidad a menudo han sido incoherentes con la medicina centrada en la persona.[[17]](#footnote-17)

Apéndice III. Recomendaciones del grupo alemán para el manejo de la intersexualidad en menores

El Grupo de Alemán de Estudio de la Intersexualidad desarrolló un conjunto de recomendaciones en relación al manejo de los niños intersexuales[[18]](#footnote-18) y 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[[19]](#footnote-19).
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.

1. Ford, Kishka-Kamari. “First, Do No Harm: The Fiction of Legal Parental Consent to Genital-Normalizing Surgery.” Yale Law and Policy Review 19.2 (2001): 469-488. JSTOR. Web. 7 May 2011 <http://www.jstor.org/stable/40239572.>. Page 477 [↑](#footnote-ref-1)
2. De María Arana, Marcus. “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. Print. Page 31 [↑](#footnote-ref-2)
3. Ford, Kishka-Kamari. “First, Do No Harm: The Fiction of Legal Parental Consent to Genital-Normalizing Surgery.” Yale Law and Policy Review 19.2 (2001): 469-488. JSTOR. Web. 7 May 2011. <http://www.jstor.org/stable/40239572.>. Page 485 [↑](#footnote-ref-3)
4. Thyen U, Richter-Appelt H, Wiesemann C, Holterhus P-M, Hiort O (2005) Deciding on gender in children with intersex conditions. Considerations and controversies. Treatments in Endocrinology 4:1–8 [↑](#footnote-ref-4)
5. Chase C (1998) Surgical progress is not the answer to intersexuality. J Clin Ethics 9:385–392 [↑](#footnote-ref-5)
6. De María Arana, Marcus. “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. Print. Page 34. [↑](#footnote-ref-6)
7. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47(12): 1413-23.) [↑](#footnote-ref-7)
8. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen\_ kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria alter childhood: A qualitive follow-up study. Clin Psychol Psychiatry 2011;16(4):499- 516 [↑](#footnote-ref-8)
9. Hewitt JK, Paul C, Kasiannan P, Grover SR, Newman LK, Warne GL. Hormone treatment of gender identity disorder in a cohort of children and adolescents. Med J Aust 2012;196(9):578- 581 [↑](#footnote-ref-9)
10. Steensma TD, Mcguire JK, Kreukels BP, Beckman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistente of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52(6):582-90 [↑](#footnote-ref-10)
11. Drescher J, Pula J. Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-Variant Prepubescent Children. LGBT Bioethics: Visibility, Disparities and Dialogue, special report, Heatings Center Report 2014;44(5):S17-S22. DOI.10.1002/hast.365 [↑](#footnote-ref-11)
12. Asenjo-Araque N, García-Gibert C, Rodríguez- Molina JM, Becerra-Fernández A, Lucio.Pérez MJ y Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje [↑](#footnote-ref-12)
13. Meyenburg B. Gender identity disorder in adolescente: outcomes of psychotherapy. Adolescence 1999; 34:305-13 [↑](#footnote-ref-13)
14. Viner RM, Brain C, Carmichael P, et al. Sex on the brain: dilemmas in the endocrine management of children and adolescents with identity disorder. Arch Dis Child 2005; 90:A78 [↑](#footnote-ref-14)
15. Drescher J, Pula J. Ethical Issues Raised by the Treatment of Gender-Variant Prepubescent Children. LGBT Bioethics: Visibility, Disparities and Dialogue, special report, Heatings Center Report 2014;44(5):S17-S22. DOI.10.1002/hast.365 [↑](#footnote-ref-15)
16. Intersex Society of North America. N.p., n.d. Web. 7 May 2011. <http://www.isna.org [↑](#footnote-ref-16)
17. Kipnis K, Diamond M (1998) Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. J Clin Ethics 9:398–410 [↑](#footnote-ref-17)
18. Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents Claudia Wiesemann et al. Eur J Pediatr (2010) 169:671–679 [↑](#footnote-ref-18)
19. Diamond M, Sigmundson HK (1997) Sex reassignment at birth. Long-term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med 151:298–304 [↑](#footnote-ref-19)