

## ÉTICA

### *Toma de Decisiones Éticas ¿Niño o Niña? ¿Pueden la Ética y Jurisprudencia Coincidir?*

#### *Ethical Decision Making Boy or Girl? Ethics and Jurisprudence can Match?*

Miguel Oliveros Donohue<sup>1</sup>.

#### RESUMEN

El nacimiento de un niño con genitales ambiguos exige una intervención multidisciplinaria. La toma final de decisiones ha motivado coincidencias y desacuerdos éticos y legales acerca de si el diagnóstico final será ¿Niño o Niña?

**Palabras claves:** Genitales ambiguos, ética, jurisprudencia, enfoque multidisciplinario.

#### SUMMARY

The birth of a child with ambiguous genitalia requires multidisciplinary intervention. Final decisions have reasoned ethical and legal similarities and disagreements about whether the final diagnosis will be boy or a girl?

**Keywords:** Ambiguous genitalia, ethics, jurisprudence, multidisciplinary approach.

El nacimiento de un niño con genitales ambiguos origina un problema emocional para la familia y un problema médico de urgencia en la etapa neonatal<sup>1</sup>. El pediatra encuentra que la apariencia de los genitales externos no le permite definir el sexo del recién nacido como varón o como mujer. Para el endocrinólogo pediatra representa una clásica urgencia de la práctica pediátrica<sup>2</sup>.

#### ¿Cuáles son los hallazgos al examen clínico?

Hay características al examen físico que nos permiten diferenciarlos<sup>3,4</sup>.

Los genitales ambiguos en niñas genéticamente femeninas se caracterizan por:

- Un clítoris agrandado con apariencia de un pene pequeño.
- La abertura uretral puede estar localizada a lo largo, por encima o por debajo de la superficie del clítoris.
- Los labios pueden estar fusionados y lucir como un escroto.
- Se puede pensar que el niño es del sexo masculino contestículos que no han descendido.
- Algunas veces se siente una masa de tejido en los labios fusionados, lo que hace que parezca más a un escroto con testículos.

En los niños genéticamente masculinos los rasgos son:

- Un **pene pequeño** (menos de 2 a 3 centímetros o 0.8 a 1.2 pulgadas) que se asemeja al clítoris agrandado (es normal que el clítoris de una niña recién nacida sea un tanto agrandado al momento del nacimiento).
- La **abertura uretral** se puede encontrar localizada a lo largo, por encima o por debajo del pene o incluso bien abajo en el perineo, lo que hace que el bebé se parezca a una mujer.
- Puede haber un **pequeño escroto** que está separado y se asemeja a los labios.
- Comúnmente se presenta **criptorquidia** con los genitales ambiguos.

#### ¿Cómo se explican estos hallazgos?

Esta anomalía de diferenciación sexual motivada por diversas causas, de las cuales la más frecuente es la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) por deficiencia de la enzima 21-hidroxilasa, en donde una mujer cromosómicamente femenina (46 XX) al examen de genitales se ve como varón (pseudhermafroditismo femenino), o en la que un varón cromosómicamente masculino (46 XY) puede verse al examen como mujer (pseudhermafroditismo masculino).

1. Director del Instituto de Ética de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú.  
Miembro del Comité de Ética del Colegio Médico del Perú.  
Correo electrónico: drmigueloliveros@hotmail.com  
Recibido: 15 de Agosto del 2014.  
Aceptado: 10 de Setiembre del 2014.

En el pseudohermafroditismo en resumen los genitales son de un sexo pero se presentan algunas características físicas del otro sexo<sup>5</sup>.

Estos trastornos congénitos dan lugar a una discrepancia entre genitales externos, gónadas y sexo cromosómico, habiendo sido clasificados como anomalías o trastornos de la diferenciación sexual (ADS) y se presentan con una frecuencia de 1 en 4,500 a 1 en 15.000 nacimientos<sup>22</sup>.

### ¿Qué hacer?

La detección debe ser precoz por el riesgo de problemas metabólicos, vómitos, crisis de pérdida de sal, hiponatremia, hipoglicemia, shock, acidosis y daño cerebral.

El examen inicial debe incluir exploración física, determinación de iones, enzimas y hormonas por la posibilidad de HSC. También debe solicitarse cariotipo, gen SRY y ecografía abdominal para evaluar la presencia de gónadas, útero y vagina. Los niños afectados por este problema ameritan una intervención multidisciplinaria con la participación de pediatras neonatólogos, genetistas, endocrinólogos, cirujanos, enfermeras y psicólogos<sup>3,4</sup>.

Es importante preguntar sobre exposición prenatal a andrógenos, virilización materna durante el embarazo, antecedente de hijo previo con HSC, insensibilidad androgénica familiar (mujeres con amenorrea o pubertad retrasada), muertes neonatales inexplicadas e historia de consanguinidad<sup>1,4</sup>.

En algunas ocasiones se presenta la forma no clásica por deficiencia parcial de la 21-alfa-hidroxilasa, en estos casos el diagnóstico puede pasar desapercibido en esta etapa de la vida y presentarse con la aparición de síntomas tardíos propios de cada caso en particular (amenorrea, aceleración del crecimiento, tumores gonadales, alteración en la diferenciación sexual, etc.)<sup>7</sup>.

### ¿Para qué?

El abordaje diagnóstico y el tratamiento oportuno es importante para evitar complicaciones por pérdida de sal, asignar correctamente el sexo, mantener comunicados a los padres en todo momento con información certera, prudencia en el manejo, sugerir consejo genético y posibilidad de intervención quirúrgica<sup>19,26</sup>.

El diagnóstico clínico de la ambigüedad genital y la asignación de sexo durante el periodo neonatal es un problema de difícil abordaje a pesar de los avances de los recursos diagnósticos disponibles. En un considerable número de pacientes no es posible definir con precisión el diagnóstico sexual. Como se dijo previamente, es aconsejable la intervención de un equipo multidisciplinario con experiencia en el manejo del recién nacido con ambigüedad genital. La asignación de sexo es una decisión que tiene implicancias para toda la vida del paciente, así como también para el núcleo familiar y el entorno social. Es por eso que la decisión debe ser siempre consensuada entre la familia y el equipo de salud. Finalmente, un paciente con ambigüedad genital requiere ser apoyado por el equipo de salud desde el periodo neonatal hasta la adultez<sup>3</sup>.

Han surgido controversias sobre el manejo, dando prioridad a la autonomía del niño o adolescente afectado: "Lo único que importa es lo que el paciente piensa acerca del sexo al que pertenece, no lo que los padres quisieran, ni lo que los médicos creen saber". Y es evidente que no puede pedirse a un bebé que decida, especialmente cuando los bebés genitualmente ambiguos representan un caso en 4500 nacidos vivos, con ambigüedades menores o problemas en los caracteres sexuales secundarios que aparecen en 1 de cada 100. Para dar una idea de la magnitud del problema, **solamente los hospitales norteamericanos realizan cinco operaciones quirúrgicas de asignación forzada de sexo a bebés... ¡por día!**<sup>6</sup>

### ¿Cómo manejar los casos?

El manejo inicial debe ser médico. La ambigüedad de los genitales en los niños se identifica precozmente al hacer la exploración clínica de los neonatos; sin embargo, el dilema clínico es definir si el neonato es un niño o una niña por lo que el enfoque debe ser multidisciplinario. El diagnóstico se considera una urgencia médica que ulteriormente implicará problemas psicológicos en el desarrollo social del niño. Es indispensable descartar otros defectos congénitos que puedan poner en peligro la vida de estos niños, como la hiperplasia suprarrenal congénita (variedad perdedora de sal). Los padres deben abordar decisiones tales como la asignación sexual para su hijo lo más temprano posible: aun cuando el diagnóstico final pueda tomar varias semanas<sup>13,14</sup>.

Esta decisión de los padres ha sido cuestionada al darse preferencia a la autonomía del hijo cuando tenga uso de razón<sup>6</sup>.

En cuanto al tratamiento hormonal, los pacientes de ambos sexos deberán recibir tratamiento hormonal sustitutivo para el desarrollo de los genitales sexuales secundarios en la edad de inducción de la pubertad (11,5-12 años de edad ósea en las niñas y 12,5-13 años de edad ósea en los niños). Dicho tratamiento deberá continuarse en la edad adulta.

Cuando en edades tardías el sexo civil asignado es incorrecto, desde el punto de vista quirúrgico y funcional, su cambio es muy difícil, creando una situación psicológica muy negativa por la cronología conocida de la adquisición del sexo mental.

#### ¿Cuándo, cómo y por qué practicar la cirugía?

Ante un recién nacido 46 XX con genitales ambiguos, la correcta adjudicación del sexo civil femenino es rápida, sobre todo si se trata de una HSC. El resto de casos puede ser mucho más complicado. La reconstrucción hacia el sexo femenino, en general, es más sencilla desde el punto de vista quirúrgico; además, la posibilidad de malignización de las gónadas disgenéticas aconseja su extirpación<sup>19</sup>.

La edad de la intervención es controvertida. Algunos cirujanos aconsejan la intervención precoz y otros son partidarios de posponerla. La escuela John Hopkins de las décadas del 50 y 60 del siglo pasado sugerían que niños con anatomía visiblemente intersexual no pueden llegar a ser adultos saludables, por lo que recomendaban urgentemente la diferenciación con cirugía temprana. En los últimos años la tendencia se ha revertido y se busca mayor protagonismo de los pacientes afectados basado en el consentimiento informado. Un ejemplo típico lo constituye la creación de ISNA, con Cheryl Chase al frente, este grupo surge en 1996 ganando gran cantidad de adeptos hasta el presente, en esencia se trata de pacientes intersexuales que cuestionan las operaciones realizadas en la infancia y son defensores de una serie de postulados ético legales al respecto<sup>8,9,12</sup>.

Similares controversias se han suscitado en Europa y Latinoamérica. En 1999 la Corte Constitucional de Colombia limitó el derecho de los padres para consentir que se efectúe cirugía genital en infantes

con condiciones de intersexo. Muchos grupos se han pronunciado en contra de cirugía genital en la niñez<sup>10</sup>. En el 2001 los cirujanos británicos sugerían diferir la vaginoplastia hasta la adultez basados en los pobres resultados obtenidos por mujeres operadas como infantes<sup>11</sup>.

La aparente prioridad del aprendizaje social sobre lo biológico ha sido parte del argumento intelectual del movimiento feminista de la década de 1990. La tesis de que la condición de intersexo tiene varias facetas y que la construcción social ha cambiado el manejo de los niños con genitales ambiguos, exigen la determinación real del sexo del bebe, chequeando cromosomas y gónadas para determinar el sexo que debe ser asignado<sup>12</sup>.

Es técnicamente más fácil tratar (y por lo tanto criar) al niño como mujer (para un cirujano es más fácil hacer genitales femeninos que masculinos), de tal manera que en algunos casos se recomienda esto incluso si el niño es genéticamente masculino. Sin embargo, esta es una decisión difícil. Debe ser analizada con la familia, el pediatra, el cirujano, el endocrinólogo y otros miembros del equipo de atención médica.

La cirugía tiene un rol diagnóstico y terapéutico, ya sea mediante la video-laparoscopia abdominopelviana que permite identificar las características de los genitales internos, la toma de biopsias de tejidos, reconstitución de la anatomía interna genital, descenso testicular etc.

La genitoplastia, es importante para restituir una apariencia genital adecuada según cada caso en particular, sea en forma femenina: clítoris, labios vulvares, vagina, introito adecuado; o masculina: corrección de defectos asociados hipospadias, plastia de pene, escrotoplastia, etc.

Intentar que los genitales luzcan normales implican múltiples cirugías, todas ellas con riesgo, por lo que algunos sexólogos pediatras recomiendan evitar las cirugías cosméticas para asignación de sexo, dándose mayor importancia a lo funcional<sup>22</sup>.

La tendencia actual es evitar la cirugía temprana, a no ser que sea necesaria en casos como hipospadias de 2do y 3er grado, extrofia vesical y las malformaciones anorectales asociadas. Con la cirugía temprana, no se valora, por ejemplo el carácter funcional del clítoris, basado en el hecho que no existen estudios longitudinales a largo plazo que evalúen los resultados<sup>15</sup>, consideran que

a las personas en estas situaciones, se les debe asignar un sexo, nombre y brindar explicaciones acerca de su condición de acuerdo a su edad.

### El seguimiento

Debido a los potenciales efectos sociales y psicológicos de esta afección, los padres deben tomar una decisión acerca de si criar al niño como hombre o como mujer pronto después del diagnóstico, preferiblemente dentro de los primeros dos años de vida. Esta es una decisión importante, por lo que los padres no deben apresurarse, prefiriéndose en la cirugía la función adecuada durante la pubertad.

Durante varias décadas se dio la práctica de “asignar” el sexo lo más temprano posible, incluso utilizando cirugía. Últimamente, en varios países, personas que han pasado por eso han manifestado su disconformidad por considerar que fueron mutilados o asignados erróneamente, incluso a través de demandas legales, ponen como ejemplo a los indios norteamericanos, que no se avergüenzan sino que aceptan a los intersexuales, a quienes consideran seres con dos almas y dones religiosos, los llaman “berdaches”<sup>15</sup>.

En otros países como México y Colombia, las políticas al respecto han empezado a cambiar: por ejemplo, los padres deben firmar una Carta de Consentimiento Informado antes de que se lleve a cabo cualquier tratamiento de un menor. Es necesario asignar correctamente un sexo, pero no efectuar cirugías precoces sino hasta que la persona alcance la edad para decidir por sí misma<sup>12,14</sup>.

Son pocos los profesionales capacitados para atender estas situaciones, casi nadie habla públicamente del asunto todavía y las leyes peruanas no lo contemplan. La familia y amigos íntimos viven esta faceta de la diversidad sexual, lidiando todavía con el desconocimiento, la vergüenza y la marginalidad.

La labor del psicólogo es estar en contacto con los padres y familiares implicados en la decisión respecto a la asignación del género en el niño y de que éstos estén conscientes de las implicancias de la misma hasta la asignación definitiva<sup>3,20</sup>.

La enfermera es el primer contacto con el paciente y sus familiares durante su estancia en el centro hospitalario, por lo que debe tener un nivel claro de conocimiento acerca del tema de

ambigüedad de los genitales para poder normar su conducta, como la identificación del paciente (pulsera, tarjeta en la cuna) y el manejo del mismo empleando términos como genitales, gónadas, falo, bebé, etc.; así como en la ropa del paciente<sup>14</sup>.

### Manejo sugerido en diversas etapas de la vida<sup>15</sup>.

#### En el embarazo:

En madres con hijos previos con HSC, se ha sugerido el empleo de dexametasona durante el embarazo, aunque esta medida terapéutica no ha sido aceptada en su totalidad.

#### En el periodo neonatal:

Conseguir la aceptación de los padres al niño. Identificar el sexo para una función sexual normal. Identificar problemas médicos asociados. Consejo genético en el momento más oportuno.

#### En la niñez:

Reforzamiento continuo de la identidad sexual del niño a los padres. Preparación de ambos para la pubertad. Monitorización del crecimiento y desarrollo. Tratamiento de los problemas médicos complejos. Eliminación de los problemas estéticos en lo posible.

#### En la adolescencia:

Reforzamiento de la identidad sexual. Administración adecuada de esteroides sexuales para inducir la pubertad en el tiempo adecuado. Asistencia a los pacientes para desarrollar su autoestima. Eliminar las barreras fisiológicas y psicológicas para las relaciones sexuales normales. Ayudarle a desarrollar su sentido de identidad independiente. Asegurar que el tratamiento de fondo no perjudique el lograr una masa ósea corporal adecuada.

### Reflexiones éticas

El 2011 se presentó en el Perú un proyecto de “Norma técnica sanitaria para el tamizaje neonatal en la detección y atención precoz del hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, fenilketonuria y fibrosis quística”. Los principios de justicia social y beneficencia para la detección y atención de la HSC se están cumpliendo en la Seguridad Social y en algunos hospitales del Ministerio de Salud, principalmente en los institutos<sup>21</sup>.

El principio de No maleficencia ha suscitado muchas controversias algunas de ellas llegando al área legal. Los diversos procedimientos han sido el blanco no solo de investigadores y asociación de profesionales, sino también de activistas de los derechos humanos. En Brasil el Consejo de

Medicina Federal regula este tema a través de su Resolução CFM 1664 (año 2003), la que indica que un equipo multi-profesional debe hacerse cargo y “racionalmente definirá el sexo más recomendable a utilizar” ya que no hay estudios de seguimiento que garanticen resultados positivos. Los testimonios de gente con intersexo que han sido sometidas a varios procedimientos médicos y quirúrgicos, para su sufrimiento, parecen ofrecer inequívoca desaprobación de ellos. Algunos autores arguyen como compulsiva la aprobación y ajustes de la heteronormativa al sistema binario de sexo-género en la que la misma terapéutica está basada<sup>18,22,24</sup>.

Prestar una asistencia libre de riesgos es lo ideal en la atención médica, pero algún tributo hay que pagar por los adelantos técnicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Investigar en profundidad para conocer los eventos adversos en cada entidad es una exigencia ética. Nuestra principal responsabilidad es conseguir el bienestar del paciente y facilitar una adecuada comunicación entre padres y profesionales<sup>22</sup>.

La decisión del sexo apropiado para la crianza del recién nacido con genitales ambiguos se basa en una serie de consideraciones que tendrán impacto en la vida futura. Una vez establecido el diagnóstico etiológico correcto, el equipo tratante, respetando la autonomía, informará a los padres acerca de la condición que aqueja a su hijo/a, incluyendo los cuidados que requerirá y los datos que se conocen de estas entidades en cuanto a su futuro para que los padres compartan la toma de decisiones acerca de la asignación de sexo. Conforme a este razonamiento, en Colombia por ejemplo, la corte debería permitir que la madre, quien es la titular única de la patria potestad, autorice que se adelanten las intervenciones hormonales y quirúrgicas para su infante recomendadas por los médicos tratantes<sup>12,17,24</sup>.

Como podemos ver, el tema es complejo e influyen muchas variables, surgen todos los días nuevas interrogantes y a nivel mundial muchos grupos tratan de dar una respuesta. En América Latina aún existe un vacío legal que hace mucho más difícil la toma de decisiones. El manejo inicial debe ser no asignar sexo hasta no tener la seguridad de este y referir al paciente a una institución médica que goce de recursos para un adecuado manejo. Dependiendo de un correcto diagnóstico y clasificación se tomaran las mejores decisiones terapéuticas y con mayor razón si estas son definitivas<sup>4,22</sup>.

### El componente legal

La idea de que biológicamente existen solo dos sexos, para los padres resulta traumático y frustrante tener un infante al cual no puedan llamar ni niño ni niña; puede provocar un rechazo parental al recién nacido, que es grave para el desarrollo psicológico y afectivo. De otro lado, para el propio menor, la indefinición en cuanto a su identidad sexual y de género, seguramente le provocará en el futuro problemas psicológicos graves de adaptación a su entorno. Además, la apariencia “extraña” de sus genitales puede generar al niño o al adolescente rechazo y burlas crueles de parte de sus compañeros, lo cual tiene también implicancia psicológica. Por ello, como lo señalan algunos autores, la ambigüedad genital es una urgencia médica, pero no debido a dolencias o a amenazas a la vida o a la salud física, sino por razones psicosociales<sup>12,20,24</sup>.

En las intervenciones quirúrgicas y hormonales de la mayoría de las situaciones de genitales ambiguos, el problema surge porque los médicos recomiendan que los tratamientos sean adelantados lo más temprano posible, de manera urgente, ya que consideran que solo de esa manera se puede garantizar una identificación de género exitosa y evitar los traumatismos psicológicos y sociales que podrían surgir si la persona crece sin definición sexual. La naturaleza invasiva de estas intervenciones médicas requiere de un consentimiento del propio paciente. Hay discrepancia entre el principio de beneficencia y el principio de autonomía, pues el primero sugiere una intervención médica temprana para proteger la salud psicosocial del menor, mientras que el segundo exige una postergación de las cirugías y de las terapias hormonales hasta que la propia persona pueda consentir a las mismas. Un interrogante obvio surge entonces: ¿es posible solucionar esa aguda tensión normativa?

Una primera respuesta, que corresponde precisamente a la justificación de estos tratamientos, consiste en asumir como ciertos los supuestos de este paradigma médico y conferir la prioridad al principio de beneficencia. Este principio no parece contrario a los valores constitucionales, ya que si estos supuestos son verdaderos, el consentimiento de los padres puede ser cuestionado éticamente por aquellos ciudadanos que son partidarios radicales del principio de autonomía. Sin embargo, se ajusta a las exigencias establecidas en esta sentencia que un padre pueda autorizar un tratamiento



imprescindible a un infante de escasa autonomía por su corta edad. Conforme a este paradigma, es indiscutible que la falta de remodelación de los genitales ambiguos de un infante tenga efectos catastróficos sobre su salud psicológica debido al rechazo del medio social, de los propios padres y a los problemas de falta de identidad de género.

Las intervenciones son entonces necesarias y además urgentes, deben hacerse antes de los dieciocho meses de edad para que la identificación sexual del menor sea sólida. Por ende, si bien estas terapias son particularmente invasivas, como ya se señaló, su urgencia y necesidad parecen justificar que el padre y/o madre decidan por su hijo, ya que de no hacerlo se producirán consecuencias para la salud psicológica del menor, lo cual, afectaría su propia autonomía.

En efecto, si los supuestos del actual paradigma son ciertos, la ambigüedad genital no tratada

erosionaría la propia capacidad del menor de construir un proyecto personal de vida. La postergación de las cirugías y los tratamientos hormonales, que en principio se justificarían para proteger la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad del menor, al contrario tendrían efectos negativos sobre esos valores, por lo tanto, nada parece oponerse a que los padres autoricen estos tratamientos, ya que su decisión se funda en el bienestar del menor (principio de beneficencia) y terminaría igualmente por proteger el libre desarrollo de su personalidad y su propia autodeterminación, en la medida que una identidad de género definido y la aceptación de los padres y del medio social parecen ser elementos necesarios para la formación de una verdadera autonomía<sup>17</sup>.

**Agradecimiento:** Al Dr. Salomón Zavala Sarrio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité Nacional de Endocrinología de la Sociedad Argentina de Pediatría. Arch. argent. pediatr 2004; 102(2); 148-151.
2. Rivarola MA, Belgorosky A. El recién nacido con genitales ambiguos. Nuevos conceptos diagnósticos. Escenarios y decisiones clínicas. Revisión de Temas Online. Endocrinología Pediátrica Hospital de Pediatría Garrahan, Buenos Aires, Argentina 2004.
3. Pelayo Baeza J, Carabaño Aguado G, Sanz Santaefemia FJ, La Orden Izquierdo E. Genitales Ambiguos. Revista Pediatría Atención Primaria 2011; XIII(51): 419-33.
4. ChamsAnturi A. Enfoque del recién nacido con desorden del desarrollo sexual. CIRUPED, Vol 2, N2, Junio de 2012 .
5. FalenBoggio J. Genitales ambiguos (Primera parte). Diagnóstico 1994; 34(3): 32-40.
6. Dos Santos M. Sexo ambiguo. [http:// www. mcds.com.ar](http://www.mcds.com.ar). Fecha de consulta 30-7-2014.
7. Alonso M, Ezquieta B. Hiperplasia suprarrenal congénita no clásica o tardía. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2012; 3 (Suppl).
8. Carrillo Soriano S. Estados intersexuales. Genitales ambiguos. MediSur 2005; 3(5): 54-8.
9. Hackford-Peer, Kim . Cheryl Chase Founds the Intersex Society of North America. In LBT History, 1993-2004; 2005, 28-30.
10. Creighton Sarah, Minto Catherine (2001-12-01). "Managing intersex: most vaginal surgery in childhood should be deferred". British Medical Journal 2001: 323 (7324): 1264.
11. Valencia Declaration of Sexual Rights. XIII WorldCongress of Sexology Valencia, Spain, adopted June 1997.
12. Bernal Crespo J. Estados intersexuales en menores de edad: los principios de autonomía y beneficencia. Revista de Derecho 2011; 36: 53-86.
13. Lee PA, Houk CP, Almed SF. Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex. Pediatrics. 2006; 118: e488.
14. Orozco Romero D, BravermanBronsteinA, Raya Rivera A, Zafra de la Rosa G, Iglesias J, Antillón CA. Propuesta clínica para la atención de neonatos con genitales ambiguos. Revista Mexicana de Pediatría 2013; 80(3): 118-122
15. Poma Reyes G. Genitales ambiguos <http://www.monografias.com> Fecha de Consulta 10-8-14.
16. Carrillo Soriano S. Estados intersexuales. Genitales ambiguos. Guía de buenas prácticas clínicas. MediSur 2005; 3(5): 54-59.
17. Escobar Martínez M. Principios y derechos involucrados en el Análisis Jurídico de los estados intersexuales en los menores de edad en Colombia. Universidad de Antioquía 2007.
18. Guimaraes A. Bioética e intersexualidad: algunas reflexiones. Revista Redbioética /

- UNESCO, Año 4, 1 (7): 45-56, Enero - Junio 2013.
19. Newman K, Randolph J, and Anderson K. The surgical management of infants and children with ambiguous genitalia. Lessons learned from 25 years. *Surgery* 1994; 215(6): 644-653.
  20. El-Shafei A, El-Shafei I, Lotfy L. Psychological adjustment of children with ambiguous genitalia. *Current Psychiatry [Egypt]* 2009; 16(3): 265-76.
  21. Galán-Rodas E; Dueñas M; Obando S; Saborio, M. Tamizaje neonatal en el Perú ¿Hacia dónde vamos? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2013; 30(4): 724-25.
  22. Martín María E. Bioética acerca de las cirugías cosméticas de asignación de género. <http://www.sexologaedithmartin.com.ar> Fecha de consulta 10-8-14.
  23. Falen J, Del Aguila C, Lu de Lama R, Chirinos J, Mikami A. Estudio genético de la Hiperplasia Suprarrenal Congénita por deficiencia de 21 hidroxilasa en pacientes peruanos y sus familiares. *Diagnóstico* 2011; 50(4): 192-95.
  24. Hughes I.A, Ahmed S.F, Lee A.P, and LWPES/ESPE Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch. Dis. Child.* 2006; 91; 554-563.
  25. Labarta Aizpún J.I, de Sriba Muñoz A, Fernández Longás A. Hiperplasia suprarrenal congénita. *Protocolo diagnóstico pediátrico*. 2011; 1: 117-28.
  26. Huidobro Fernández B, Roldán M, Rodríguez A, Ezquieta B. Consejo Genético en la Hiperplasia Suprarrenal Congénita. *Anales de Pediatría* 2012; 76(1): 51-52.