

Lacan Quotidien



N° 918 -Jueves 4 marzo 2021 - 08 h 24 [GMT + 1] - lacanquotidien.fr



Sin transición

DEBATE SOBRE LA SEXUACIÓN Y SUS AVATARES

Disforia de género, una bolsa de gatos precoz Por Jean-Claude Maleval

Estamos embarcados Por Daniel Roy

Trans express Por Ligia Gorini

DOCUMENTO

Impacto de las prácticas médicas en los niños con diagnóstico de « disforia de género » Por un grupo de trabajo del Observatorio de los discursos ideológicos sobre el niño y el adolescente

DEBATE SOBRE LA SEXUACIÓN Y SUS AVATARES

El texto sobre “los impactos de las prácticas médicas en niños diagnosticados de “disforia de género” fue redactado por colegas que no pertenecen al Campo freudiano. Acaparó nuestra atención y Lacan Cotidiano lo difundió. Puede leer aquí ese documento.

LACAN COTIDIANO, junto al Instituto psicoanalítico del niño (IE), publica algunos comentarios para abrir la conversación sobre un tema donde vierten discursos antagónicos. Probablemente, se llamará a su legislación.

En las redes del Campo freudiano el IE ha puesto como tema de estudio este año, sobre “la sexuación de los niños”; la 6ta jornada tendrá lugar el 13 de marzo próximo (www.institut-enfant.fr)

Disforia de género, una bolsa de gatos precoz

Por Jean-Claude Maleval

El argumento del *Llamado* contra las practicas medicas sobre niños diagnosticados de “disforia de género” despliega los argumentos tanto más convincentes cuanto que se trate de no confundir los problemas suscitados por dicha “disforia de género” en niños y adolescentes, con los que surgen en la adultez.

En el abordaje de esos fenómenos, el destino tan diferente del pedido de cambio de sexo tanto en uno como en otros constituye el mayor punto de diferenciación. Ciertamente, en ambos casos se producen “*destransiciones*” porque algunos se arrepienten en el procedimiento y eligen volver a su sexo inicial. Sin embargo, no se puede comparar la frecuencia de este fenómeno. Es excepcional en el caso de los adultos cuando se comprometen a un cambio de sexo. Mientras que la no persistencia del proyecto es extremadamente frecuente en niños y adolescentes. Si bien las cifras de dichos estudios son pocas, las que disponemos son lo suficientemente elocuentes en cuanto a la desproporción de los resultados: el 5% de arrepentidos en adultos que perseveraron hasta el final, [1] frente al 88% en niños y adolescentes que revelaron haber abandonado el proyecto en la edad adulta. [2] Es cierto que las cifras varían en función de los estudios, pero todas hacen referencia a esta considerable brecha.

Asimismo, las cifras constatan que el sueño precoz de cambio de sexo no se diferencia de los fantasmas homosexuales, siendo el destino más frecuente una orientación homosexual del sujeto a la edad adulta, una elección aún más frecuente que para el común de la población. [3]

Como el niño tiende comúnmente a conformarse con la mirada que los adultos le dirigen, es sorprendente que el valor predictivo del diagnóstico de disforia de género en niños y adolescentes resulte particularmente mediocre (12%). Este dato debería permitir abordarlo con gran prudencia, sin reforzarlo precipitadamente.

La disforia de género presenta una rara peculiaridad. Aunque haya sido incluida en el 2013 en el manual de psiquiatría, el DSM-5, esta noción no fue considerada como patológica. No obstante hacerse cargo de la misma implica, sobre todo, la toma de medicamentos, incluso ¡intervenciones quirúrgicas! La disforia de género es un concepto que refiere a un comportamiento del hombre neuronal y promueve una medicalización de la existencia.

Hoy se enseña debidamente que el transexualismo sería una forma extrema de la disforia de género. Sin embargo, ambos fenómenos engloban posicionamientos radicalmente incompatibles. La reivindicación de la fluidez de géneros propia de ciertas disforias desestima con fuerza un acercamiento binario a la sexuación a la que los transexuales se apegan. La disforia de género es una bolsa de gatos, que se adecua a una demanda más o menos bien formulada, sin preocuparse por las dinámicas surgidas de lógicas subjetivas diferenciadas, que piden ser asistidos caso por caso.

Aunque solo fuera por su carácter mayormente transitorio en el niño como en el adolescente, un tratamiento médico de la disforia de género no debería proceder antes que el sujeto esté a la altura de dar su consentimiento informado. Es una de las recomendaciones del *Llamado* al cual los clínicos preocupados por la subjetividad no pueden sino suscribir.

Traducción: Catelyn Tato

1: Karpel L., Gardel B., Revol M., Brémont-Weil C., Ayoubi J.-M., Cordier B., « Bien-être psychosocial postopératoire de 207 transsexuels » *Anales médicos-psicológicos*. Julio 2015, vol. 173, n. 6, pp. 511-519.

2: Devita Singh, *A Follow-up Study of Boys with Gender Identity Disorder*, University of Toronto, 2012.

3: *Ibid.*



Estamos embarcados

Por Daniel Roy

El *Llamado del Observatorio* a los discursos ideológicos sobre el niño y el adolescente alerta a la opinión y a los poderes públicos sobre las consecuencias del diagnóstico de “disforia de género” en la infancia temprana. En un contexto más amplio, interroga sobre la aparición del “fenómeno trans” en los discursos que conciernen a los adolescentes y hoy por hoy a los niños.

El reciente film, *Petite fille*, que se presenta como “documental” analiza con suficiente precisión el término de “docu-ficción” para que parezca la adaptación de una película a una causa. La hipótesis propuesta por los autores de *El Llamado* es que se trata de “la causa trans frente a una sociedad que insiste en acatar sin inmutarse los mandatos comunitarios impuestos por las asociaciones LGBTI” (pág. 5). Si este es el caso, debemos deducir que estas asociaciones hicieron alianza con una psiquiatría reducida a una dimensión caricaturalmente “médica”, sobre un esquema diagnóstico/pronóstico/tratamiento que ignora toda palabra del sujeto interesado, en este caso el niño, con respecto a su sufrimiento. Sería entonces una alianza que no honra ni a unos ni a otros.

¿Podemos considerar quizás que el director está al servicio de su propia causa, en el punto mismo en el que quedó “atrapado” por el discurso actual? Porque todos quedamos atrapados, en tanto que estamos todos “interesados” en esta cuestión. ¿Entonces, de qué cuestión se trata? De la siguiente: ¿cómo el sexo llega a los niños? No hay ningún experto, ningún “gran testimonio”, ningún “orador de la verdad” que valga para darle una respuesta, puesto que cada uno responde solo a cuenta propia.

Los discursos de los tiempos actuales parecen descubrir con estupor el fenómeno “trans” que se difunde en la población adolescente y que ahora golpea a los niños, o más precisamente, al niño-madre o a los niños-padres. Se olvida que desde hace mucho la cuestión sexual no es más un asunto privado. Son los tantos activismos feministas y homosexual(es) los que hicieron avanzar las líneas, no solo por razones “ideológicas”, sino para modificar una realidad opresiva, de segregación, de persecución. Hoy los sujetos transexuales son los que llevan adelante el combate. Desde hace ya unas cuantas decenas de años, son los portavoces del discurso globalizado, confundidos en los medios, haciéndolos heraldos de esas batallas y transformándolos en productos “vendibles” en el mercado, bajo las siguientes consignas: liberalización de los hábitos, liberación sexual, elección de género. A cada época su eslogan.

Identidad de género, elección de género, transgénero, son los términos que hoy sirven literalmente de “taparrabos”, en los discursos dominantes. Ellos inducen la “idea simple” de que cada uno tiene que poder elegir su género.

Pero a la altura de los niños ¿“es así como viven los hombres”? Respuesta: sí y no.

Si: los niños no están por fuera de las grandes reformulaciones del campo de los semblantes sociales. Por el contrario, son los primeros en entrar de lleno en los discursos de su época.

No: cada ser hablante es distinguido como “niño” o “niña” en su llegada al mundo, mucho antes de nuestros días. ¿Qué hace el niño con la distinción recibida? Como esto no está escrito, dependerá ciertamente de las identificaciones propuestas en la lengua en la que habita, pero aún más de los encuentros contingentes con su cuerpo, con los cuerpos de los otros, y sobre todo con las pulsiones que lo atraviesan.

Hoy, ser sexuado parece librado a toda suerte de determinaciones, aun cuando quede para cada niño, cada joven, cada adulto, como una aventura absolutamente solitaria, a veces “disfórica” que puede conducir al encuentro con un(a) analista.

En efecto, los analistas son también militantes de una causa, no de la elección del sexo, ni de la palabra liberada, ni de la causa de los niños, pero sí de la singularidad de cada uno.

Una última observación concerniente a los niños que toman la delantera hoy, portadores de una convicción que concierne su ser sexuado, allí donde la mayoría explora diversas posibilidades fantasmáticas o actuadas. Con frecuencia esos niños se hacen reconocer queriendo cambiar su nombre. Es una toma de posición valiente que se le impone a ese niño quien interroga de esa manera su recepción en el mundo. Detrás del asunto *niño o niña*, hay aún otro enigma, más real todavía, *¿Por qué yo aquí antes que nada?*

No tenemos la respuesta, pero podemos buscar con el niño los puntos seguros para poder producir sus elecciones futuras.

Traducción: Caterly Tato

Daniel Roy es *Secretario general del Instituto de psicoanálisis del Niño* (www.institut-enfant.fr)

(*) N. de la T.: *s'embarquer* es también *s'engager*: comprometerse.



Trans express

Por Ligia Gorini

Desde hace diez años, el número de demandas de “reasignación de sexo” entre jóvenes niños y adolescentes, se ha multiplicado en los países anglosajones y nórdicos, [1] y aumenta considerablemente en Francia.

¿Cómo podemos hacer lugar al malestar de un niño que no se reconoce en su cuerpo sexuado? ¿Cómo podemos acompañarlo en su cuestionamiento sobre lo que es ser una niña o ser un niño?

Frente a la pregunta íntima planteada por un niño a partir de esta extrañeza encontrada, experimentada en su cuerpo bajo la forma de una “discordancia”, ¿cómo mantenerse orientado por su singularidad sin ceder a la presión de una respuesta que se pretende unívoca y generalizada?

El observatorio de los discursos ideológicos sobre el niño y el adolescente lanza un alerta sobre los impactos de las prácticas médicas en los niños diagnosticados con “disforia del género”. El acceso al protocolo de cuidados deviene banal, mientras que los tratamientos propuestos comportan riesgos evidentes.

El argumento según el cual los niños pueden dar su consentimiento claro a la prescripción de bloqueadores de la pubertad resulta un *cuento de hadas*, ha dicho recientemente a la Alta Corte de Londres, durante el affaire Bell, [2] del nombre de Keira Bell que ataca en la justicia la *Tavistock & Portman NHS Trust*, por haberle prescrito en forma demasiado rápida un bloqueador de pubertad cuando tenía 14 años. Ella ha tenido un tratamiento con testosterona a los 17, luego una extirpación de los senos a los 20, de lo que luego ella se ha lamentado. En una detención determinante para el Reino Unido, [3] y cuyo impacto podrá escucharse mucho más allá de la isla, la Alta Corte de Londres ha expresado sus dudas en cuanto a la capacidad de consentimiento de un menor con respecto a los tratamientos que tienen como efecto el bloqueo de la pubertad.

“En torno al género se trata de la cuestión del ser y del cuerpo, del sujeto y su sexo, que se plantea, según Clotilde Leguil, como un misterio para cada uno.” [4] Es crucial poder establecer el tiempo de alojar el sufrimiento de un joven sujeto y de respetar su palabra sin querer interpretarla. Se trata de acompañar tanto a sus progenitores como a su entorno sin estar tomado por las querellas ideológicas.

Mi experiencia en el hospital revela que, para muchos jóvenes, lo que se presenta como el anhelo de cambiar de sexo implica una construcción mucho más compleja que una “simple” disforia de género. Situaré más bien la urgencia en el sentido de acordar con el sujeto un tiempo en el cual hablar de esto, de escucharlo, para así aislar con él lo que ha venido a marcar su cuerpo. Tomar su demanda rápidamente puede dar lugar a consecuencias devastadoras.

Traducción: Tomás Verger

1: *The trans train*, documental sueco sobre la transexualidad, disponible en <https://www.oedipe.org/videos/liste>

2: La Corte del Reino Unido escucha a niños que no pueden consentir a bloqueadores de la pubertad, *The Guardian*, disponible en internet.

3: *Transexualidad : la Alta Corte de Londres saluda la expansión de los tratamientos bloqueadores de la pubertad*, Instituto europeo de bioética, 16 diciembre 2020.

4: Leguil C., *L'être et le genre. Homme/Femme après Lacan*, PUF, 2015, p. 19.

DOCUMENTO

La Convocatoria del Observatorio de los discursos ideológicos sobre el niño y el adolescente: impacto de las prácticas médicas en los niños con diagnóstico de “disforia de género”

I – El contexto:

La evolución del diagnóstico de “disforia de género” de niños y adolescentes durante los últimos 10 años nos interpela: luego de 10 años, las demandas de reasignación de sexo han crecido de modo exponencial en esta franja etaria, según los países. [1]

¿Qué deben comprender los profesionales de la infancia y la juventud, pedagogos, médicos o psicólogos, de la explosión reciente de esta demanda o incluso reivindicación?

¿Tal amplitud del fenómeno se debe a la liberación de la palabra del sujeto de la dicha “transidentidad”? ¿O bien, es el activismo, a veces muy ofensivo e influyente de ciertas asociaciones militantes del LGBTQI –potencializado por las redes sociales- que ejerce presiones políticas sobre los jóvenes y sus familias?

Asistimos a la emergencia de discursos ideológicos sobre la “transición de género” en los menores, ideológicos en el sentido de que acaparan todo debate: el planteo de una mínima duda sobre las prácticas es de inmediato calificada de “transfóbico”, mientras que está en juego el interés superior del niño, en particular en cuanto a las irreversibles consecuencias médicas en su cuerpo. [cf. *infra*]

La Convocatoria del Observatorio en su esencia atañe a la protección del niño y la preservación de su integridad física y psíquica. Es sobre este punto, precisamente, que urge alertar a los políticos (ministerio de salud, ministerio de educación nacional, secretaria de estado de protección de la infancia) y al Consejo nacional del Orden Médico.

En efecto, la “disforia de género” de niños y adolescentes da testimonio, a la vez, de una cuestión íntima planteada por un niño o un adolescente, pero también del modo en que los niños y adolescentes se convierten en caja de resonancia, incluso instrumento, del cuerpo social que valida sin más su demanda.

Algunos jóvenes plantean su sentimiento de pertenecer a otro sexo y atribuyen a esto la causa de sus sufrimientos.

¿Cederán las prácticas médicas a la exhortación de nuevas normas sociales sin plantearse la posibilidad de un debate, sin abrir una instancia de reflexión concertada entre los diferentes profesionales de la infancia, sin observar el mínimo principio de precaución?

¿No está permitido interrogarse primero sobre este malestar de los jóvenes con su identidad, que sufren toda suerte de angustias sin que nos endilguen el anatema de “transfóbico”?

II – El caso sintomático del documental “*Petit fille*”

El documental “*Petit fille*”, de Sebastien Lifshitz –difundido en Arte, en diciembre del 2020- continuación de otro film, “*Girl*”, de Lucas Dhont (1918), reveló al gran público este tema tan sensible de la “disforia de género”.

Esta problemática de la “transición de género” en la niñez está ligada a la vulnerabilidad del niño y al desconcierto de las familias ante ello.

Este film nos presenta como un hecho indiscutible a un pequeño niño que tiene el deseo de ser niña, sin tener en cuenta la complejidad familiar, dado que la construcción de la identidad del niño es consustancial al medio en el cual crece.

En este documental, se nos presenta un niño, Sasha, de 8 años, y su madre que nos trasmite las palabras con las que habría expresado (muy precozmente) el deseo de ser una niña “como ella” cuando sea grande, lo que es interpretado como el deseo de “convertirse en mujer”. Dicho de otro modo, cuando el niño hace escuchar su deseo de ser como su madre, se le respondió con un tratamiento médico, no solo autorizado sino, además, preconizado y eso desde una edad muy temprana:

- En un primer tiempo, el entorno del niño, incluida la escuela es invitado a tratar a Sasha como una niña y no ya como un varón, y ello tanto en los términos, como en los hechos.
- Se le suministraron bloqueadores de la pubertad, aun antes de esa edad, para evitar que aparezcan los caracteres sexuales secundarios.
- Se le podrían proponer el uso de hormonas femeninas antes de la mayoría de edad (desde los 14 años, en Francia).
- Desde antes de la pubertad podrían realizársele intervenciones quirúrgicas, con el acuerdo de sus padres.

Este encadenamiento de hechos nos suscita muchas preguntas capitales:

1. Documental o docu-ficción? La puesta en escena del protocolo médico.

Nos interroga la militante toma de partido del documental. No se presenta más que un punto de vista (muy poco de Sasha y más el de su madre) y ningún otro profesional de los que suelen intervenir en la niñez es convocado, pediatra, psicólogo, maestros, etc.

Y, más sorprendente aún, el desarrollo del tratamiento del centro médico especializado que la madre consulta. En efecto, o bien *Petite fille* es una creación parcial, sesgada, un montaje que entonces debiera ser presentado como un “documental-ficción”, [2] compuesta de inexactitudes, caricaturas, elipsis y que el hospital Robert Debré denuncia como no representativo de la realidad de su trabajo; o bien el documental es realista, y, en ese sentido, nos parece muy inquietante descubrir que un psiquiatra infantil haya realizado un **diagnóstico de “disforia de género” desde la primera entrevista:**

- sin haber realizado aun la entrevista con el niño
- sin que el niño haya tenido jamás una entrevista con un psicólogo antes de recurrir a los centros especializados conocidos por su enfoque doctrinario.
- sin que el psiquiatra de niños haya tenido entrevistas con los dos padres.
- sin realizar investigaciones particularizadas (Batería psicológica completa: tests proyectivos, cuestionarios, evaluación sobre su escolaridad, entrevistas con otros adultos que estén en contacto con el niño).
- sin que el niño enuncie más que unas pocas frases
- sin que se le permita responder por sí mismo a las preguntas que se le plantearon.

Tal es la mirada del realizador sobre el problema y es este punto de vista (parcial en los dos sentidos de la palabra) que se muestra al público. Tal es el protocolo médico que reproduce el realizador.

Si lo comparamos con el indicado para los diagnósticos más comunes, que tienen menores consecuencias médicas, se percibe que éstos tienen protocolos muchos más estrictos:

- En caso de dislexia, para que un niño acceda al beneficio de tener un tercer tiempo en los exámenes, necesita crear un expediente en la *Maison Departamentale des Personnes Handicapées* que incluya un chequeo de foniatría, un examen psicológico y un informe del médico pediatra.
- El diagnóstico de TDA y el consiguiente tratamiento medicamentoso, requieren una indicación médica y un examen neuropsicológico a realizarse aun antes de la entrevista con el psiquiatra infantil, exclusivamente hospitalario, que será el único habilitado para prescribirle el metilfenidato (más conocido como Ritalina).

El film, que supone un montaje reflexivo y orientado, muestra que para cuando se realiza la segunda entrevista con el psiquiatra infantil, dos o tres meses más tarde, no se concretó aun una entrevista con el niño a solas, ni ninguna investigación psicológica, mientras que, en cambio la consulta con el endocrinólogo se hace en el mismo día para preparar el protocolo del cambio de sexo.

¿De qué se trata? De proponer los bloqueadores de la pubertad y permitir que Sasha conserve, a pesar de ello, su capacidad de procrear, ya sea deteniendo el tratamiento que inhibe su pubertad por el tiempo necesario como para que se puedan recolectar los espermatozoides (opción menos elegible por el médico), ya sea por una maduración *in vitro* de los testículos, todo ello explicado en pocas palabras a un niño de 8 años. Con un niño de esa edad está ya previsto el recorrido de su “transición de género” que implica un cambio radical de su aspecto físico, la futura castración y en consecuencia su esterilidad definitiva. [3]

El inicio de estos primeros protocolos para los niños (según la definición de la Convención Internacional de los derechos de la infancia, los menores de 18 años), ha comenzado a generar, en varios países, procesos jurídicos por parte de algunos adultos que habían sido sometidos a estos tratamientos antes de la mayoría de edad y que habían emprendido luego un proceso de “de-transición”. Estos querellantes sostienen que los protocolos habían sido puestos en práctica cuando todavía eran niños y no tenían la capacidad de comprender sus consecuencias (juicio de Bell/Tavistock) [4] y por lo tanto la capacidad de dar su consentimiento informado y real a esos protocolos.

Podemos creer que Sasha sueña con ser una nena, pero dudamos que haya comprendido bien en qué consistían los bloqueadores de la pubertad y lo que el tratamiento implicaba de renunciamentos y complicaciones hasta el fin de sus días, y además podemos estar seguros de que no puede concebir la realidad de una ablación de su aparato genital, cuyo uso en la sexualidad le es desconocido, así como la sexualidad del adulto.

En cuanto a la **ética médica**, forzoso es constatar **una doble transgresión del dispositivo** (tal como es presentado por el realizador del film):

- a ausencia de una instancia de escucha a los padres y sobretodo al niño antes de hacer el diagnóstico de “disforia de género”.
- el hecho de practicar las intervenciones antes de la pubertad.

2. El objeto malo: la escuela de la intolerancia

Otro aspecto muy problemático en la presentación de los hechos revela –a nuestro entender- una falta a deontología política amén de la médica: la escuela de Sasha está de entrada presentada como una institución reaccionaria y renuente frente a la demanda de los padres de que el niño sea tratado como una nena, una escuela intolerante y hostil. (Es la mirada del realizador a través del discurso de los padres)

Si bien es comprensible la cólera y la frustración de la madre de Sasha, nos parece sorprendente que no se haya escuchado la posición razonable del establecimiento escolar:

- En primer lugar, las instituciones escolares no están obligadas a aceptar sistemáticamente las demandas particulares de los padres cuando éstas no estén justificadas o reconocidas por un especialista (se notará que la escuela acepta sin problema el protocolo recomendado por el hospital Robert Debré para el año siguiente). La escuela debe respetar los artículos del Código Civil relativos al cambio de sexo (art. 61-5 y subsiguientes) y el cambio de nombre (art. 57 y 60). Si un alumno demanda ser designado por un nombre que no figura en su estado civil la institución no está obligada a dar cumplimiento a dicha demanda.
- En segundo lugar, nos podríamos felicitar que la escuela, raro tercero entre los padres y el niño, no tome por cierto el discurso de los padres. Y dé una respuesta dilatoria a la espera de un informe médico y psicológico. La escuela, en tanto que servicio público de la educación, representando al Estado, debe prestar asistencia al niño, incluso prevenir y proteger a los alumnos y su libertad de conciencia contra toda tentativa de presiones, adoctrinamiento, [5] y violencia que tengan lugar en el establecimiento o en la familia.

De este modo, es claro que subyace un prejuicio político en el argumento del film: tomado en una retórica radical y militante, el niño es aquí transformado en portador de la causa “trans” ante una sociedad que tendría que obedecer sin protestar la exhortación de las asociaciones LGBTQI bajo pena de obstaculizar el progreso social y los derechos de los futuros ciudadanos. **Sin embargo, este pensamiento esencialista que determina y fija las identidades sexuales desde la infancia, es profundamente contrario a los principios universalistas y humanistas que invoca la escuela.**

Los enseñantes no tienen por misión acceder automáticamente a las reivindicaciones particulares de cada comunidad en detrimento de los principios fundadores de la escuela republicana, sino, al contrario, proteger a los alumnos de las presiones de grupos (religiosos, comunitarios, políticos, etc.), asegurar su integridad corporal y preservar su espíritu –aún en formación- de los discursos sectarios, radicales o de influencias exteriores. Es en este espíritu que se inscriben las reglas de nuestra escuela laica y es en la fe de ellos que podríamos interpretar la reticencia de los profesores de Sasha frente a sus padres.

¿Tendríamos tantas prevenciones ante la actitud de la institución frente a las dolencias de un niño amish, sostenido por sus padres?

III – El niño, un ser en desarrollo

Nos parece fundamental estar atentos al proceso de desarrollo propio de la infancia y de la adolescencia y tomarnos tiempo cuando se trata de indicaciones de tratamiento médico. La urgencia de intervenir proviene de la inminencia de la pubertad que afectaría el éxito de las futuras intervenciones quirúrgicas.

El 3 de diciembre 2020, una nota publicada en *The Guardian*, [6] puso de manifiesto el caso de Bell, una ex paciente que recusa el tratamiento de transformación de género recibido en su adolescencia y plantea que era muy joven para consentir al tratamiento médico que inició su transformación mujer-hombre en esa edad tan precoz. La Alta Corte de Londres, en su decisión de 38 páginas, que citamos en nota al pie, [7] concluye que los niños de menos de 16 años que se proponen cambiar de sexo no son lo suficientemente maduros como para dar su consentimiento informado a los medicamentos bloqueadores de la pubertad. Y en el caso de los jóvenes de 16 a 17 años, indica que, aunque la ley inglesa les acuerda su capacidad jurídica para consentir a tratamientos medicamentosos, [8] es conciente del hecho de que los médicos podrían considerarse en el deber de demandar la autorización de un tribunal, [9] antes de comenzar el tratamiento. Esta conclusión parece preconizar que los médicos no inicien el tratamiento en el caso de los jóvenes de 16 y 17 años antes de recibir una notificación judicial. Con esta decisión de la Alta Corte, la intervención médica para los menores –y en particular los menores de 16 años- que sufren de disforia de género será, esperamos, más prudente.

1. Trastornos psíquicos asociados

La “transidentidad” en los menores es presentada a veces como un derecho, una avanzada social, cuestionarlo o considerarlo como un síntoma sería discriminatorio. Sin embargo, nuestra experiencia, luego de un siglo de trabajos en psicología del niño, nos obliga a considerarla transitoria, sintomática. Es propio de la adolescencia el cuestionamiento de la identidad sexuada, forma parte de un cuestionamiento propio de la edad. Sin embargo, esta búsqueda, motor habitual del proceso de maduración indispensable para la construcción subjetiva del futuro adulto, se presta a una nueva nominación que las redes sociales instauran como verdad subjetiva. La oferta técnico-médica ampliamente relevada por las redes sociales y las propagandas comunitaristas niegan y quisieran abolir esta etapa fundamental de la construcción subjetiva.

El aumento de las demandas habilita la pregunta por su supuesta coherencia y sobretodo la respuesta unívoca que le es aportada. Esta multiplicación reciente (en menos de 10 años) ha podido ser favorecida por dos factores, muy diferentes, pero incompatibles necesariamente:

- Los sujetos que cuestionan su sexo se sienten autorizados a expresar su malestar debido a la tolerancia de la sociedad al respecto,
- Un aspecto importante de estas demandas proviene de un fenómeno social, [10] por lo que la “transidentidad” aparece como una respuesta a un malestar profundo de la adolescencia, respuesta radical, medicalizada que resolvería de una vez por todas las dificultades.

Es sobre este segundo punto que deseamos atraer vuestra atención. En efecto, la nueva versión del DSM no parece ya considerar que el deseo de “transición de género” sea una entidad psicopatológica, tampoco es considerado como síntoma de una estructura psíquica vulnerable, aunque encontramos en estos jóvenes un número importante de problemas psiquiátricos asociados: anorexia, autismo, depresión, fenómenos psicóticos, traumatismos debido a agresiones sexuales, etc.

2. Un niño no es un adulto en miniatura

Nuestro cuestionamiento no se refiere a la “transidentidad” en tanto que tal, ni a su diagnóstico o su etiología, sino más bien a la continuidad que plantean los discursos militantes, entre el trastorno de la infancia, el del adolescente y el del adulto.

- En efecto, un niño –y aun un adolescente- no es un adulto: es un ser en desarrollo, su sistema neuronal está en vías de maduración, sus capacidades cognitivas e intelectuales son inmaduras, su funcionamiento psíquico es lábil, presenta un alto grado de sugestión con respecto al discurso de los adultos es importante, su experiencia de vida es limitada. Para resumir, la psicopatología del niño es singular, las nosologías del niño, del adolescente y el adulto difieren y por lo tanto no podemos aplicar al niño y al adolescente los mismos criterios ni la misma amplitud de decisión.
- Por otra parte, la pubertad no es sólo un fenómeno físico, es, además, un proceso de desarrollo y de maduración psicológico que implica cambios psíquicos que permitirán al individuo convertirse en “sujeto” si esta etapa es suficientemente favorable. A la inversa, la pubertad y en mayor medida la adolescencia es un periodo que conlleva riesgos psíquicos importantes, todos sabemos desde hace tiempo hasta qué punto es en ese momento que aparecen las patologías psiquiátricas.

3. ¿La demanda del niño?

Nos parecía crucial interrogar la demanda, supuestamente siendo la del niño, de cambiar de sexo. Sabemos cómo el niño es influenciado por el discurso de los adultos y de sus pares. Esto no pone en cuestión su capacidad de pensar por él mismo, pero negar las sugestiónes exteriores, a veces de dependencia, destacaría la mala fe.

Sin entrar a discutir el hecho de que el niño se “siente” pertenecer al otro sexo, **nosotros verificamos que no es evidente de por sí, el principio de la implementación de una transformación irreversible, que comenzaría antes y durante la pubertad y el proceso de la adolescencia.**

Numerosos estudios sobre el tema muestran que la mayoría de los niños, presentando cuestionamientos en cuanto a su identidad sexual y los criterios de pertenencia a un género, no alcanzarán su transformación hasta después de la pubertad (85%). [11] Estos datos siendo conocidos, ¿por qué está inmediatamente previsto, desde que la disforia es diagnosticada, tener cumplir un protocolo de muchos años, implicando encuentros con endocrinólogos, en previsión de la madurez de los órganos sexuales de nacimiento, proyectos quirúrgicos, etc.?

IV- El atentado al cuerpo del niño o del adolescente.

1. De los pretendidos beneficios psíquicos

Algunos psiquiatras agitan sistemáticamente, un riesgo suicida pretendidamente mayor en esta joven población, para descalificar como siendo de consecuencias criminales todos los comportamientos que plantean la prudencia y cuestionan la radicalidad del tratamiento, o sugieren simplemente la necesidad de tomar un tiempo.

Así, el padre de una niña que decidió cambiar de sexo testimonia la manera en que es demandado, cada vez que él interroga sobre la urgencia, del trámite para la aceptación por la seguridad social. “Señor, prefiere usted una niña muerta o un muchacho vivo?”. [12] Esta fórmula, regularmente usada por diversos interlocutores, toma como rehén a este padre que debe elegir entre ser un buen padre o un mal padre “transfóbico”, quien sería el más responsable del supuesto suicidio de su hijo. [13]

II Parece importante en consecuencia subrayar:

- Que los estudios que pretenden que existe un tal riesgo son limitados y controvertidos, [14] porque ellos no pueden demostrar más que otros factores no estén en causa. Ellos no se fundan en ningún dispositivo científico como lo tienen los grupos de control o de estudios longitudinales.
- Se puede ver un efecto benéfico del tratamiento hormonal en el momento, pero no se sabe nada sobre lo que sucede en los años siguientes.

- Que el riesgo suicida es en efecto más importante en la población trans, pero igualmente en los adultos, incluso después de las transformaciones sociales y físicas efectuadas.
- Que cuando incluso el tratamiento parecía pertinente en ciertos casos, se revela que la decepción ante la realidad es patente en algunos sujetos ya salidos de la transición. [15]

2. Los inhibidores de la pubertad

Los bloqueadores de la pubertad, [16] permitiendo la no aparición de los caracteres sexuales secundarios, son presentados como teniendo un efecto aparentemente reversible a partir del momento que se los detiene. Los médicos no tienen al día de hoy, más que unos pocos estudios, cuando éstos son administrados entre los 12 y 16 años.

Al contrario, los estudios muestran efectos secundarios en los niños, a corto y mediano plazo. Se pueden destacar:

Efectos moderados:

- Dolores de cabeza
- Episodios súbitos de calor
- Dolores abdominales
- Hemorragias vaginales en las niñas
- Acné
- Aumento de peso
- Cambios del humor.
- Nerviosismo

Efectos más marcados:

- Disminución de la densidad ósea (1% por mes)
- Riesgo de depresión

Estos bloqueantes de pubertad, asociado a hormonas antagonistas, pueden ocasionar **la esterilidad definitiva**, aun cuando los órganos genitales queden preservados. Parece sorprendente de imaginar, que un niño o adolescente esté dispuesto a renunciar, por el resto de su vida adulta, a una posible concepción de un niño.

En fin, la pubertad, en el humano, no corresponde sólo al acceso a la genitalidad adulta, sino que ella es simultáneamente un **período de intensos cambios psíquico que contribuyen al proceso de subjetivación**: cada adulto sabe hasta qué punto este período de su vida es fundante de su personalidad, de su orientación sexual, del descubrimiento de su cuerpo y de los placeres genitales, de la necesaria separación de las figuras parentales, etc.

La cuestión está viva: ¿podemos, sin esta experiencia, asegurarnos de que el individuo se desarrolle de manera de poder saber aquello que él realmente quiere? **La cuestión de la experiencia de vida, real, es más importante, y no puede ser secundaria.** La ética nos impone estas cuestiones, que por otra parte son actualmente muy vivas en cuanto al consentimiento, a la posibilidad de decidir libremente cuando se vive aún, lo que es el caso para cada niño, bajo la autoridad de los adultos a quienes se les presta un saber.

3. Las hormonas antagonistas

La hormonoterapia sigue en el marco de un cambio de sexo, no es sin peligro para la salud.

Los **estrógenos** son desaconsejados en caso de hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, lupus, trastornos hepáticos, migrañas severas, osteoporosis. Ellos entrañan **riesgos a largo plazo**: porcentajes de ACV aumentados, accidentes trombo embólicos, venosos, incluso arteriales, problemas metabólicos con hipercolesterolemia, cálculos biliares y aumento de peso.

Los riesgos metabólicos y vasculares de **progestativos** de síntesis, se adicionan a los estrógenos y producen el aumento de meningiomas secundarios a los tratamientos por acetato de clormadinona o acetato de nomegestriol, progestativos frecuentemente prescritos.

En lo que concierne a la **testosterona**, el efecto está definido al nivel de la virilización, destacando la pilosidad y la voz. La existencia de efectos secundarios numerosos necesita de un examen médico profundo antes de toda prescripción, así como un seguimiento biológico: hipertensión arterial y riesgo de infarto de miocardio, hipercolesterolemia, tromboembolia venosa, hipercalcemia, aumento de peso, prudencia en caso de trombofilia, en los migrantes, diabéticos, epilépticos, insuficiencia hepática, entre otros.

Frecuentemente se destacan alteraciones del humor, agresividad, impaciencia en el curso del tratamiento.

Según un estudio de 2018, [17] las mujeres transgéneros, presentan un riesgo casi dos veces más importante de desarrollar una enfermedad tromboembólica venosa. Este riesgo se acrecienta aún más con los años. En lo que concierne al riesgo de hacer un ACV causado por un trombo, las probabilidades estarían 9,9 veces más elevadas en las mujeres transgéneros que en el grupo testigo.

4. La cirugía

La cirugía es incuestionablemente pesada, con riesgo y muy imperfecta. [18] En función del país, ella es posible antes de la mayoría de edad. Es el caso en Francia, aún si eso es poco práctico por el momento. Se necesitaría conocer el número de operaciones efectuadas en los menores que presentan una “disforia de género”, ya que estas intervenciones quirúrgicas son mutilantes (mastectomía en la joven, ablación de los testículos en el muchacho).

De todo esto se desprende que, en el contexto actual, se está frente a **experimentaciones médicas con niños**, lo que formalmente está prohibido y contrario a la deontología médica (el “primum non nocere”, lo primero es no hacer daño, del juramento hipocrático).

V- Recomendaciones razonables

No se trata evidentemente de dejar a un niño solo frente a su indefensión real en un conflicto de género. Si el sufrimiento del niño se debe evidentemente escuchar, receptar y acompañar, los adultos deben por su lado, asegurar protección a los niños y eso a veces, en detrimento de la satisfacción inmediata de su deseo. La espera de una solución parece seguida de un sufrimiento insoportable, en cuanto ella se agrega a una indefensión inicial. Y sin embargo todos sabemos muy bien, que la espera permite un trabajo de reflexión sin precipitación, la introspección, desatada de las influencias del medio circundante, permite también superar los momentos críticos y proseguir su desarrollo, su evolución personal. Lo psíquico y lo somático están íntimamente ligados, y no existe nunca una respuesta unilateral e inmediata a una problemática psíquica. Es entonces capital en todo acercamiento, el preservar la **posibilidad de un largo tiempo**, hoy golpeado por la idea de una supuesta urgencia médica y de saber esperar en particular la edad requerida, para asegurarse de la facultad de discernimiento de los sujetos.

1. Sobre el plan médico

Nos parece muy inquietante y problemático, tratar sujetos en devenir, prohibiéndoles el acceso a un estadio del desarrollo, indispensable para su construcción psíquica. El interés superior del niño, ligado a su inmadurez psíquica y cognitiva, debería **prohibirnos toda intervención sobre su cuerpo que no sea de una urgencia vital o de cuidados esenciales para su salud**. Las terapias verbales, familiares e individuales, deberían prevalecer durante toda la infancia y adolescencia para ayudar al niño a encontrar respuestas particulares a su sufrimiento (y no para proponerle un protocolo médico sistematizado) preservando u obrando en él la posibilidad de dudar sobre su problemática.

Nosotros preconizamos:

- **Estudios pluridisciplinarios de salud pública** llevados en los servicios hospitalarios, los colegios y los liceos, a fin de mostrar la importancia cuantitativa de la “disforia de género”.
- **Estudios e investigaciones médicas y psiquiátricas** serias, sin conflicto de intereses u orientación ideológica, debiendo ser emprendimientos para conocer mejor esta nueva y muy joven población, para determinar el impacto físico y psíquico de este tipo de tratamientos en el adulto, antes de aplicarlo uniformemente en el niño y el adolescente, para observar el impacto del entorno familiar, pero también las influencias sociales recientes.

- Sería pertinente, como lo ha hecho el Reino Unido y como comienzan a pensar otros países (EEUU, Suecia, Suiza), de someter a un Comité de Reflexión y de Ética compuesto de **expertos psiquiátricos y jurídicos, pero también de personas concernidas por la protección de la infancia**, esta cuestión, a fin de que nosotros también en Francia, reglamentemos sobre este daño al cuerpo del menor.
- En fin, la creación de **consultorías de investigación prolongadas y /o de psicoterapias especializadas** independientes de los hospitales, de los lugares de consulta neutros e independientes de toda empresa ideológica, llevadas por personal especializado habiendo seguido **una formación multidisciplinaria (médica, psicológica, sociológica, jurídica, etc...)** adaptada a esas problemáticas, a fin de recibir a las familias en cuestionamientos y habitualmente en crisis y frente a las cuales dar cuenta del trabajo frente a las jurisdicciones adecuadas. No se puede limitar esta tarea a actos médicos consistentes en firmar autorizaciones de tratamientos llevados por los endocrinólogos, por más competentes que sean, como se lo constata en numerosos servicios de psiquiatría dedicados a la disforia de género.

2. El rol de la Escuela

Producir confianza en la comunidad educativa.

En todo estado de causa, la Escuela no puede en ningún caso, ocupar un lugar donde la sociedad podría forzar las puertas a golpes de amenazas o de anatemas sobre la comunidad escolar: nosotros desaprobamos vigorosamente, que se encare el acercamiento abordando estas cuestiones por imposiciones o a la sombra de sanciones a los equipos de enseñanza.

En suma, el tratamiento de estas problemáticas es eminentemente complejo y seguramente irreductible a una regla única o una respuesta sistemática: cada caso es por naturaleza un caso particular y reclama una verdadera concertación de todos los adultos que rodean y acompañan al niño, padres, pedagogos, médicos, psicólogos.

Sin embargo, esta concertación no puede serenamente surgir, más que en un clima de confianza y no de desconfianza: las medidas más apropiadas deben poder ser discutidas libremente entre los diferentes protagonistas sin pasar por el bies del proceso legal para el sujeto, a riesgo de exacerbar inútilmente las tensiones. Nos parece capital en parecida circunstancia, que la institución se presente confiable a la comunidad educativa, para trabajar en acuerdo con las familias y los alumnos concernidos.

Conclusión

De un lado se anhela despsiquiatrizar la “disforia de género” y al mismo tiempo se solicita a la paidopsiquiatría para un diagnóstico, que permitirá probablemente un tratamiento con los bloqueadores para la pubertad y/o los tratamientos hormonales, prescritos a los menores que no “se sienten” pertenecer a su sexo biológico. Así el diagnóstico sería necesario para el reconocimiento del daño sufrido y la apertura de “derechos”.

Es una reconsideración de los discursos sobre el niño a lo que asistimos, guiados por ideologías que se traducen en los hechos por nuevas categorías diagnósticas y a los tratamientos que los acompañan, tratamientos que ciertamente existen ya, pero no en el espacio donde ellos pueden ser considerados como experimentales.

Con una redefinición de los derechos del hombre, se impone la noción de inclusión, en todos los niveles de la sociedad y especialmente en la escuela. La escuela debe adaptarse a todos los alumnos, ella debe crear dispositivos para todos los alumnos según diferentes categorías y muchas veces poco objetivables. Ya no es más el alumno que debe adaptarse a un modelo válido para todos (universal y republicano), sino que es la escuela quien debe preocuparse de todas las particularidades de sus alumnos a riesgo de deber hacer frente al desacuerdo de los padres (y sus asociaciones respectivas). Pero una vez más, estas nuevas normas no son más que efectos de discursos.

Se observa una separación entre estos discursos y las prácticas clínicas, que son a escuchar caso por caso y que son mucho más complejas y contradictorias que lo que se supone.

¿No se podría pensar que la “disforia de género”, tal como ella está definida en el DSM reemplazaría a más de un “programa político”, a la manera del TDAH? [19] Se observa una pasión por las evaluaciones con el fin de etiquetar a los niños. Y en cada etiqueta, se arriesga producir protocolos, incluso una nueva lengua o un vademécum (cf. *transfobia*) afín de no estigmatizar a los niños que quedan bajo estas categorías (autistas, TDAH, trans...). ¿Pero no es eso reducir a los niños a identidades forzosamente coaguladas? ¿No se arriesga a hacer de estos niños-identidades, las banderas de la causa de los adultos? ¿Qué es lo que se proyecta sobre el niño, de la sociedad y del desorden que la atraviesa, de la crisis de la cultura?

Conviene cuidar al niño, es decir, darle la posibilidad de crecer, preservándolo de las proyecciones de los adultos, para no confundir la lengua de los adultos con aquella que es la del niño.

Documento realizado por el grupo de trabajo del Observatorio.

Céline Masson, professeur des universités, psychanalyste, Anna Cagnet, psychologue clinicienne, enseignante à Psychoprat, Delphine Girard, professeur de Lettres classiques, Claire Squires, psychiatre, maître de conférences HDR à l'Université de Paris, Laurence Croix, psychanalyste, Maître de Conférences à l'Université Paris Ouest Nanterre, Anne Perret, pédopsychiatre, praticien hospitalier, Pascale Belot-Fourcade, psychiatre, psychanalyste, Caroline Eliacheff, psychiatre, psychanalyste, Xavier Gassmann, psychanalyste, Hôpital René Dubos, Hana Rottman, pédiatre, psychiatre, Olivia Sarton, Aude Mirkovic, juristes, Association « Juristes pour l'enfance », Anne-Laure Boch, neurochirurgien, philosophe, hôpital de la Salpêtrière, Eric Ghozlan, directeur du pôle enfance de l'OSE, docteur en psychologie clinique, membre du Conseil National de la Protection de l'Enfance.

Siguen las firmas

Traducción: Estela Schussler, Silvia Vetrano

1: <https://tradfem.wordpress.com/2020/02/07/dossier-trans-les-agents-bloqueurs-de-puberte-de-plus-en-plus-contestes-the-economist/>

Según Jean Chambry en su conferencia del 3 de febrero del 2021 en el Círculo Freudiano, cuando se inauguró el Centro Internacional del Adolescente, en París, hace 10 años, había alrededor de 10 demandas por año, pero en 2020, hay 10 demandas por mes (solo para la región parisina).

2: Como con los films de Michael Moore, por ejemplo, no respeta los códigos de contratos para los documentales, cf. Lipson, D. (2015). Michael Moore y el nuevo contrato para documentales: del info-argumento al info-entretenimiento *Revue française d'études américaines*, spécial 145(4), 142-158. <https://doi.org/103917/rfea.145.0142>

3: El documental no parece mostrar que tanto el niño como la madre hayan sido informados plenamente de las consecuencias de su elección de transición médica en lo que concierne a la capacidad de procrear. Si Sasha se convierte en una mujer trans, en el estado actual de la legislación francesa, no podría tener hijos utilizando sus gametos. En efecto, sola, no podría utilizarlos (aun acudiendo a la cirugía, no podría tener un cuerpo de mujer que le permita tener hijos). Si hubiera estado en pareja con una mujer biológica, no podría utilizar sus gametos más que recurriendo a la procreación asistida. Pero en esa época ese procedimiento solo estaba admitido para parejas heterosexuales. Si hubiera estado en pareja con un hombre biológico, no podría utilizar sus gametos más que recurriendo a la procreación por madre portadora, prohibido en Francia.

4: Estas implicaciones han sido precisadas del siguiente modo por la Alta Corte de Londres, el 1° de diciembre del 2020 en el juicio Bell vs. Tavistock (2020) EWHC 3274: i) las consecuencias inmediatas del tratamiento en términos físicos y psicológicos, ii) el hecho de que la gran mayoría de los pacientes que tomaron bloqueadores de la pubertad toman después hormonas sexuales cruzadas, indica que están en vías de intervenciones médicas mucho más importantes, iii) la relación entre la toma de hormonas del sexo opuesto y la cirugía subsiguiente, con las implicaciones de esa cirugía, iv) el hecho de que la toma de hormonas del sexo opuesto podrían ocasionar una pérdida de la fertilidad, v) el impacto de la toma de hormonas del sexo puesto sobre la función sexual, vi) el impacto de la elección de este tratamiento sobre las relaciones futuras y a lo largo de toda su vida, vii) las consecuencias físicas desconocidas de los bloqueadores de la pubertad, viii) el hecho de que la base de datos para este tratamiento es aún muy incierta (traducción libre).

5: Artículo L 141 5-2 del Código de Educación

6: <https://www.theguardian.com/society/2020/dec/03/puberty-bloquers-ruling-curbing-trans-rights-or-a-victory-for-common-sense->

7: Alta Corte de Londres, 1° de diciembre de 2020, juicio Bell vs. Tavistock (2020) EWHC 3274

8: Section 8 de la Family Law Reform Act, de 1969

9: Posibilidad creada por el juicio Re W (Medical Treatment: Court's Jurisdiction) (1993) Fam 64

10: Como lo expone la Dra. Lisa Littman, en el estudio sobre la influencia de las redes sociales en las disforias de género repentinas. Cf. Lisa Littman: Rapid Onset Gender Dysphoria in adolescents: a study of parental reports, 2018, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>

11: CF. Tesis de filosofía. Devita Singh, A Follow-up Study of Boys with Gender Identity disorder. Toronto. & “Si no se interviene, la mayoría de los niños disfóricos se reconcilian con su sexo biológico en la pubertad y se dan cuenta que son simplemente gays. Pero si se les administras bloqueantes, no se arriba a eso.” Dr. Susan Bradley

12: Testimonio escrito por un padre que por el momento guarda el anonimato, pero dispuesto prontamente a testimoniar abiertamente.

13: Sobre este tema, ver el artículo <https://www.transgendertrend.com/suicide-by-trans-identified-children-in-england-and-wales/>

Este artículo de Pr Mickael Biggs (Sociólogo, Oxford) sobre la tasa de suicidios de jóvenes trans identificados, tiende a mostrar a) que si la trans identidad puede ser un factor agravante, ella queda sin embargo bien debajo de la anorexia y de la depresión y b) que ella no puede ser considerada haciendo abstracción del lazo autismo- trans identidad (el autismo siendo en sí un factor de suicidio agravante).

14: Estudios retocados, incompletos o que extrapolan resultados. Cf <https://medicine.yale.edu/news-article/26859/> , pero también las encuestas realizadas para el juicio Bell contra la Tavistock Clinic así como la encuesta del documental Sueco Trans train.

15: Cf Bell vs Tavistock, pero también testimonios de adultos. Igualmente, el documental sueco Trans train que relata testimonios de personas transgénero que forman parte de los cuestionamientos, incluso de críticas en relación a los tratamientos médicos: https://www.youtube.com/watch?v=3/Ma8ph_Xrs

16: Cf Vidal, por ejemplo, la ficha concerniente al Decapeptyl, frenador de pubertad.

17: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30073551/>

18: Testimonio de un hombre trans: <https://quilllette.com/2020/10/06/forget-what-genre-activists-tell-you-heres-what-medical-transition-looks-like/>

19: T. García-Fons, “Le déni de l’enfance”, por aparecer.

Lacan Quotidien, « La parrhesia en acte », est une production de Navarin éditeur

1, avenue de l'Observatoire, Paris 6^e – Siège : 1, rue Huysmans, Paris 6^e – navarinediteur@gmail.com

Directrice, éditrice responsable : Eve Miller-Rose (eve.navarin@gmail.com).

Éditorialistes : Christiane Alberti, Pierre-Gilles Guéguen, Anaëlle Lebovits-Quenehen.

Maquettiste : Luc Garcia.

Relectures : Sylvie Goumet, Michèle Rivoire, Pascale Simonet, Anne Weinstein.

Électronicien : Nicolas Rose.

Secrétariat : Nathalie Marchaison.

Secrétariat générale : Carole Dewambrechies-La Sagna.

Comité exécutif : Jacques-Alain Miller, président ; Eve Miller-Rose.

Responsable de la traduction al español: Secretaría de Biblioteca de la EOL

Secretaria: Alejandra Loray

aleloray@hotmail.com

Responsable *Lacan Cotidiano* - (Selección de Artículos): Marita Salgado

marita.salgado2@gmail.com

Maquetación: Gabriela Cuomo

Traducciones de este número:

Estela Schussler, Caterly Tato, Tomás Verger, Silvia Vetrano

Colaboración en establecimiento de textos: Romina Martínez

Revisión de las Traducciones: Marita Salgado