

Nuevas directrices médicas y terapéuticas para temas de género y el Principio del Interés Superior del Niño y del Adolescente

Cassius Assunção Martins

Estudiante de Grado en Psicología por el Centro Universitário do Norte (UniNorte) y en Administración de la Escola Superior de Ciências Sociais por la Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Eugenia Rodrigues

Licenciada en Derecho y en Comunicación Social, en la habilitación Periodismo, por la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

“La protección, con prioridad absoluta, no más es obligación exclusiva de la familia y del Estado, sino que es un deber social.” (Tânia da Silva Pereira)¹

Resumen: En 2013, el Consejo Federal de Medicina publicó el Informe de Situación n. 8/2013, autorizando intervenciones hormonales en menores de 18 años con diagnóstico del hasta entonces denominado “trastorno de identidad de género”. Estas directrices se ampliaron por la Resolución n. 2.265/2019, del mismo organismo, que autorizó cirugías irreversibles desde los 18 años de edad y no más 21. En 2018, en consonancia, el Consejo Federal de Psicología emitió la Resolución n. 1/2018, en la que exige, bajo pena de sanción disciplinaria, que los profesionales validen identidades trans y travestis, independientemente de sus edades. Este artículo tiene el objetivo de despertar una reflexión sobre el impacto del abordaje de “afirmación de género” en general y de estas normativas, en particular, en los derechos ya conquistados de los niños y adolescentes.

Palabras clave: Niños. Adolescentes. Disforia de género. Derecho. Psicología. Salud.

Abstract: In 2013, the Federal Council of Medicine published Opinion 8/2013, authorizing hormonal interventions in children under 18 diagnosed with until then called “gender identity disorder”. These guidelines were expanded by Resolution 2.265/2019, of the same one, which authorized irreversible surgeries from the age of 18 and no longer 21. In 2018, in a consonant manner, the Federal Council of Psychology issued Resolution 1/2018, in which it requires, under penalty of disciplinary punishment, that professionals validate trans and transvestite identities, regardless of their ages. This article aims to awaken a reflection on the impact of the Gender Affirmation approach in general and of these norms, in particular, on the rights already achieved by children and adolescents.

Keywords: Children. Teens. Gender dysphoria. Right. Psychology. Health.

Sumario: 1 Introducción. 2 Breve historial de los diagnósticos y tratamientos basados en género. 3 Una reflexión inicial sobre las Resoluciones n. 1/2018 del CFP y n. 2.265/2019 del CFM y la problemática de la “afirmación de género”. 4 ¿El modelo “afirmativo de género” atiende al Principio del Interés Superior del Niño y del Adolescente? 5 Consideraciones finales.

¹ PEREIRA, Tânia da Silva. O princípio do “melhor interesse da criança”: da teoria à prática. *Revista Brasileira de Direito de Família*, n. 6, 2000.

1 Introducción

“Who knows best?” es el título de un documental canadiense de BBC sobre niños y jóvenes que expresan confusión o sufrimiento acerca de sus cuerpos.² La obra fue considerada polémica por entrevistar tanto a los profesionales favorables al nuevo modelo *gender-affirming* (“afirmativo de género”, como cambio de nombre social, uso de hormonas y cirugías) como aquellos con mirada de desconfianza, como el veterano psicólogo estadounidense Kenneth Zucker. En este artículo, no se busca responder a esta pregunta, sino hacerla públicamente: ¿cuál camino mejor atendería a los intereses de esta población? Brasil integra formalmente el grupo de países que autorizan el abordaje *gender-affirming* desde el 2013, cuando el Consejo Federal de Medicina (CFM) opinó favorablemente a las modificaciones corporales en menores de 18 años, en el ámbito del Informe de Situación n. 8/2013 y de la Resolución n. 2.265/2019, en la que el organismo reafirmó este modelo de tratamiento y sugirió la reducción de la edad mínima para las cirugías irreversibles de 21 para 18 años. Este abordaje se reafirmó por el Consejo Federal de Psicología (CFP) en la Resolución n. 1/2018, prediciendo sanciones para profesionales que no legitimen identidades trans y travestis en el ámbito profesional, independientemente de la edad. El presente cuestionamiento se hizo en todos los países que, así como Estados Unidos, Canadá y Argentina, aprobaron intervenciones físicas para esta franja de edad; creemos que este cambio de paradigma contó con una adhesión precipitada, aunque basada en las mejores intenciones. Dos de las pocas iniciativas concretas contra la reducción de la edad mínima autorizada por el CFM son el PDL n. 19/2020, de la diputada federal Chris Tonietto, y un procedimiento instaurado por el Ministerio Público Federal.³ Así, en las palabras de Dornelles:⁴

Existe un derecho fundamental a la protección integral del niño y del adolescente, debiendo considerarse su condición peculiar de persona en desarrollo, conforme previsión expresada de la Constitución Federal. La discusión de la transición social y corporal de los jóvenes no puede omitirse, especialmente por medio de persecuciones o acusaciones genéricas de transfobia. Es un tema polémico, controvertido y extremadamente sensible, que necesita discutirse con franqueza, libertad y responsabilidad para con los intereses superiores del niño y del adolescente.

Este artículo tiene como objetivo fomentar la reflexión: las nuevas directrices, a largo plazo, ¿atienden o contrarían el principio del interés superior de los niños y adolescentes, asegurado en la legislación brasileña constitucional e infraconstitucional?

2 Breve historial de los diagnósticos y tratamientos basados en género

Diagnósticos de “inversión sexual” e “transexualismo” empiezan a aplicarse desde el momento en que determinados descubrimientos y servicios médicos se quedaron disponibles por la medicina en la mitad del siglo XIX. Este diagnóstico se asignaba a personas con comportamientos considerados indeseables, como conductas fuera de los estereotipos de

² Disponible en: <https://www.bbc.co.uk/programmes/n3csk76j>.

³ MPF QUESTIONA CFM sobre terapias hormonais de mudança de sexo a partir dos 16 anos. Gazeta do Povo, Goiás, 22 de janeiro de 2020. Vida e Cidadania. Disponible en: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/mpf-questiona-cfm-mudanca-sexo-terapias-hormonais-16-anos>. Acceso en: 19 oct. 2020.

⁴ DORNELLES, Tatiana Almeida de Andrade. A “disforia de gênero” infantojuvenil e o direito fundamental da proteção integral da criança e do adolescente: um debate necessário. In: BRANCO et al. (org.). Direitos fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília: ESMPU, 2020. p. 747.

“género” (asociados culturalmente al sexo opuesto) y (o) homosexualidad⁵ (lo que hace reflexionar sobre los famosos conceptos foucaultianos de cuerpos dóciles y biopolítica). Sexólogos como Magnus Hirschfeld y Harry Benjamin construyeron la figura del “transexual” en el inicio del siglo XX y, en los 1950/1960, el psicólogo John Money sugeriría el uso de los términos “género” e “identidad de género”, que justificaron intervenciones quirúrgicas en bebés intersexuales y en adultos con el diagnóstico de “transexualismo”;⁶ posteriormente, se utilizarían nomenclaturas como “trastorno de identidad de género”, “disforia de género” y, más recientemente, “incongruencia de género”. En 1968, se lanzó el DSM-II (Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, segunda edición), lo cual todavía consideraba la homosexualidad como un trastorno mental; sin embargo, en 1973,⁷ el manual sufrió una revisión en que la homosexualidad fue sacada de la categoría patológica y, posteriormente, los demás DSMs pasaron a no categorizarla como una enfermedad. Siete años después, el mismo manual reconocería el llamado “trastorno de identidad de género” en la niñez. Se fortaleció la idea de que todos los seres humanos tendrían una “identidad de género” y que ella podría o no estar “alineada al sexo biológico”, aunque no existiera comprobación científica de ello.

Estos diagnósticos tenían baja incidencia en la población general y aún más en esta franja de edad, en la que los síntomas suelen desaparecer tras la pubertad y (o) la adolescencia. Sin embargo, en el año de 2006, el laboratorio Ferring Pharmaceuticals, fabricante de hormonas bloqueadoras de pubertad, financió una experiencia en la que médicos holandeses utilizaron una sustancia, la triptorelina, para impedir la pubertad de pacientes físicamente saludables que recibieron diagnósticos de disforia.⁸ Este tratamiento se popularizó como “protocolo holandés” y sería exportado a distintos países, incluso Brasil. Además de la triptorelina, los endocrinólogos comenzaron a utilizar otras sustancias para la misma finalidad, como la histrelina, la leuprorelina y la goserelina. Así, en distintos países, se introdujeron normas que reducían la edad mínima (en general 18 años) para administrar hormonas, tanto las bloqueadoras de pubertad cuando las que ya se aplicaban en adultos para suprimir sus características sexuales secundarias e inducir algunas características físicas del otro sexo, los llamados *cross-sex hormones* (hormonas cruzadas) o hormonas del sexo opuesto.

Brasil cedió a los movimientos locales para la adopción de directrices internacionales. En un primer momento, autorizando y garantizando la financiación pública para modificaciones corporales en mayores de 18 años, en los términos de los Decretos n. 1.707/2008 y 2.803/2013, ambos del Ministerio de la Salud. Pero, en un segundo momento iniciado en el mismo año del segundo Decreto (2013), el Consejo Federal de Medicina adhirió al protocolo holandés al emitir el Informe de Situación n. 8/2013, sugiriendo el bloqueo puberal en las primeras señales de madurez física del niño y el uso de hormonas cruzadas desde los 16 años. En el año de 2017, los criterios internacionales para el diagnóstico de “disforia de género” en la niñez y adolescencia (DSM-V), que incluyen la simple preferencia por juguetes, se han legitimado por el “Manual

⁵ Diagnosticar comportamientos que no ofrecen riesgo al paciente y a otra persona es uno de los síntomas de la medicalización, fenómeno por el que, de acuerdo con Ivan Ilitch, el área de actuación de la medicina se ensancha al punto de constituir una forma de violencia sobre el individuo (ILITCH, 1975). El proceso no se realiza únicamente por médicos, sino que también por psicólogos y otros profesionales, instituciones e individuos.

⁶ LÖWY, Ilana. Intersexo e transexualidades: As tecnologias da medicina e a separação do sexo biológico do sexo social. Tradução de Maria Helena Silva Soares. Em Construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência, n. 5, p. 130-142, 2019.

⁷ DRESCHER, Jack. Out of DSM: Depathologizing homosexuality. Behavioral sciences, v. 5, n. 4, p. 565-575, 2015.

⁸ Delemarre-Van de Waal, Henriëtte A.; Cohen-Kettenis, Peggy T. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. European Journal of Endocrinology, v. 155, n. 1, p. 131-137, 2006.

para Disforia de Género de la Sociedad Brasileña de Pediatría”.⁹ En 2018, el Consejo Federal de Psicología publicó la Resolución n. 1/2018, que penaliza profesionales que cuestionen identidades de género y, finalmente, en enero de 2020, se publicó la Resolución n. 2.265/2019 del CFM, reiterando intervenciones hormonales en niños y adolescentes y reduciendo la edad para cirugías de 21 para 18 años.

Los países en los que las nuevas directrices médicas para menores de edad se han implementado viven un súbito incremento en el número de diagnósticos. En Reino Unido, por ejemplo, Paul W. Hruz et al.¹⁰ divulgan que Gender Identity Development Service (GIDS) tuvo un aumento de indicaciones de 2000% entre 2009 y 2017, y, entre los menores de seis años, el incremento fue de 430%. El siguiente cuadro ofrece una dimensión más global:

Tabla 1 • Tasa de Incremento (TAU) en la cifra de diagnósticos de incongruencia de género en la niñez

Local	Período	TAU	Investigación
EEUU	2017 - 2018	300%	Meerwijk; Sevelius; ¹¹ RIDER et al. ¹²
Canadá	1980 - 2008	400%	WOOD et al. ¹³
	1998 - 2011	500%	KHATCHADOURIAN ¹⁴
Inglaterra	2009 - 2016	1000%	De Graaf et al. ¹⁵
	2013 - 2018	400%	Turner ¹⁶
Australia	2014 - 2019	400%	KENNY ¹⁷
Suecia	2011 - 2016	900%	Frisén; Söder; Rydelius ¹⁸

En Brasil, en 2017, el Ambulatório de Identidade de Género de USP (Amtigos) informa un aumento de un 60% en la búsqueda y que “la búsqueda es más grande por parte de familias de

⁹ “En niños (género asignado), una fuerte preferencia por *crossdressing* (travestismo) o simulación de trajes femeninos; en niñas (género asignado), una fuerte preferencia por vestir solamente ropas masculinas típicas y una fuerte resistencia a vestir ropas femeninas típicas [...] En niños (género asignado), fuerte rechazo de juguetes, juegos o actividades típicamente masculinas y fuerte evitación de juegos agresivos y competitivos; en niñas (género asignado), fuerte rechazo de juguetes, juegos y actividades típicamente femeninas. Fuerte disgusto con su anatomía sexual” (SBP, 2017, p. 5).

¹⁰ HRUZ, Paul W.; MAYER, Lawrence S.; MCHUGH, Paul R. Growing pains: problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, n. 52, p. 3-36, 2017.

¹¹ MEERWIJK, E. L.; SEVELIUS, J. M. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health*, v. 107, n. 2, p. 1-8, 2017.

¹² RIDER, G. Nicole et al. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: a population-based study. *Pediatrics*, v. 141, n. 3, p. 1-8, 2018.

¹³ WOOD, H. et al. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 39, n. 1, p. 1-6, 2013.

¹⁴ KHATCHADOURIAN, K.; AMED, S.; METZGER, D. L. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr*, v. 164, n. 4, p. 906-911, 2014.

¹⁵ De Graaf, N. et al. Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, v. 47, n. 5, p. 1301-1304, 2018.

¹⁶ TURNER, C. Number of children being referred to gender identity clinics has quadrupled in five years. *The Telegraph*, Londres, 8 jul. 2017. Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/news/2017/07/08/number-children-referred-genderidentity-clinics-has-quadrupled>. Acceso en: 28 nov. 2020.

¹⁷ KENNY, D. Children and young people seeking and obtaining treatment for gender dysphoria in Australia: trends by state over time (2014-2019): update. *Danny Kenny*, 15 jul. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3naA5UI>. Acceso en: 20 nov. 2020.

¹⁸ FRISÉN, Louise; SÖDER, Olle; RYDELIUS, Per-Anders. Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga: Tidigt insatt behandling ger betydligt bättre prognos. *Översikt*, v. 114, p. 1-6, 2017.

niños entre 5 y 12 años”.¹⁹ Desde la creación del ambulatorio, en 2010, hasta el año de 2017, Amtigos atendió a cerca de 400 pacientes; aún en 2017, trabajaba con 295 pacientes, siendo 55% del sexo masculino y 45% del sexo femenino; de los cuales 76 eran niños – 24% niñas y 76% niños – y más 150 adolescentes, 62% niñas y 38% niños. Entre los niños, la mayoría en la franja de edad de los 6 a los 12 años; entre los adolescentes, 17 y 18 años.²⁰ En 2019, en la misma localidad donde está Amtigos, el número de pedidos para inclusión del nombre social disparó cuando reglas que facilitaban el cambio de nombre se han implementado.²¹

3 Una reflexión inicial sobre las Resoluciones n. 1/2018 del CFP y n. 2.265/2019 del CFM y la problemática de la “afirmación de género”

Inicialmente, se registra la inconsistencia de los criterios de diagnóstico del DSM-5, adoptados en Brasil incluso por la Sociedad Brasileña de Pediatría.²² De los ocho comportamientos que revelarían señales de disforia de género en la niñez, nada menos que cinco son meras actitudes fuera del estándar de género vigente y que no ofrecen riesgo ni al individuo y ni a la sociedad, como la preferencia por determinadas ropas, juguetes, juegos y amigos del sexo opuesto. Aunque los demás tres puntos tengan que ver con deseo de ser del sexo opuesto y con la insatisfacción con su propio cuerpo, el hecho es que dicha insatisfacción es esperable ante la reprobación social que tales comportamientos reciben. También hay que tener en conciencia que el disgusto con la propia anatomía puede estar relacionado a temas que, en esta edad, no siempre hay discernimiento para comprenderse, como abusos físicos y trastornos alimentarios. Un diagnóstico médico en menores de 18 años puede, así, medicalizar individuos que serían más bien auxiliados con la psicoterapia.²³

Tanto la Resolución n. 1/2018 del Consejo Federal de Psicología como la de n. 2.265/2019 del Consejo Federal de Medicina sugieren como tratamiento estándar para casos de incongruencia de género el modelo *gender-affirming* (“afirmación de género”), sin mencionar otros abordajes posibles.

Art. 7º - Las psicólogas y los psicólogos, en el ejercicio profesional, no ejercerán cualquier acción que favorezca la patologización de las personas transexuales y travestis. Párrafo único: Las psicólogas y los psicólogos, en su práctica profesional, *reconocerán y legitimarán la autodeterminación de las personas transexuales y travestis con relación a sus identidades de género.* (CFP, Resolución n. 1/2018, el resaltado es nuestro).

¹⁹ FARIAS, A. Procura por ambulatório que atende crianças e adolescentes transexuais cresce 60%. Revista Veja, São Paulo, 18 jan. 2016. Disponible en: <https://vejasp.abril.com.br/cidades/atendimento-hospital-criancas-adolescentes-transexuaiscresce>. Acceso en: 15 oct. 2020.

²⁰ SAADEH, Alexandre et al. Amtigos – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USPI: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. Boletim do Instituto de Saúde, v. 19, n. 2, p. 86-97, 2018.

²¹ 21 LEITE, D. Garoto trans de oito anos comemora novo RG com nome social: queria ser Dudu. Universa, 9 nov. 2019. Disponible en: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/09/05/garoto-trans-de-8-anos-comemora-novo-rg-comnome-social-queria-ser-dudu.htm>. Acceso em: 13 nov. 2020.

²² 22 Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Adolescência. Guia prático de atualização: disforia de gênero. Brasília, n. 4, jun. 2017. Disponible en: goo.gl/dfMHEz. Acceso en: 23 dic. 2020.

²³ HILL, Darryl B. et al. Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. International Journal of Sexual Health, v. 19, n. 1, p. 57-75, 2007.

Art. 1º [...] § 5º Se considera *afirmación de género* el procedimiento terapéutico multidisciplinario para la persona que necesita adecuar su cuerpo a su identidad de género por medio de *hormonoterapia y/o cirugías*.²⁴ (El resaltado es nuestro).

La “afirmación de género” tiene lugar cuando “el terapeuta acepta, en vez de desafiar, la autocomprensión del paciente como siendo del sexo opuesto. Modelos de tratamiento de afirmación de género a veces se aplican incluso a niños muy pequeños”.²⁵ En dependencia del país y de la edad, puede o no incluir atención psicológica y psiquiátrica previa a cambios corporales; estas comprenden uso de hormonas sintéticas y cirugías. Estos especialistas orientan a iniciar por la llamada “transición social”: la práctica de “afirmar” el paciente como alguien del sexo opuesto, cambiar su nombre y autorizar la adhesión a estereotipos socialmente atribuidos al sexo opuesto. Aunque no hayamos encontrado previsión expresada en tales resoluciones sobre “transición social”, reportajes periodísticos con niños y adolescentes brasileños atendidos en Amtigos sugieren que ellos son sometidos a la práctica.²⁶ Según Zucker,²⁷ tras estudiar los pacientes tratados con y sin el abordaje *gender-affirming*, concluyó que los del primer grupo tenían más chances de seguir disfóricos:

La transición social de género de niños pre-púberes aumentará dramáticamente la tasa de persistencia de la disforia de género cuando comparada a los estudios de seguimiento de niños con disforia de género que no recibieron este tipo de intervención psicosocial y, curiosamente, puede caracterizarse como iatrogénica.²⁸

El según paso del “modelo afirmativo” son las intervenciones físicas hormonales y quirúrgicas: hormonas bloqueadoras de pubertad, hormonas cruzadas, mastectomías, vaginoplastias etc. El art. 9º, § 2º, de la Resolución n. 2.265 del CFM afirma: “En niños o adolescentes transgéneros, el bloqueo hormonal sólo podrá iniciarse a partir del estadio puberal Tanner II (pubertad) [...]”. Pero, aún para fines de investigación científica, de acuerdo con Cohen-Kettenis et al.,²⁹ en los Estadios I, II e III de Tanner la identidad de género del niño/adolescente aún está inmadura y flotante. Justamente por estar en una fase de madurez, no es posible hacer un diagnóstico preciso. No hay como saber si la situación persistirá o no y eso incrementa el riesgo de diagnósticos erróneos.³⁰ Hruz,³¹ en su investigación, notó grandes deficiencias en el manejo de estos pacientes; según él, la afirmación de género tiene “baja calidad de evidencias científicas”. Para él, estamos transfiriendo una responsabilidad adulta a estos menores. Los principales exponentes que defienden la supresión hormonal alegan una “reversibilidad”, como Hembree; este afirma que el bloqueo puberal “no causa cambios dañosos o irreversibles en el desarrollo

²⁴ CFM, Resolución n. 2.265/2019.

²⁵ HRUZ et al., 2017, p. 4.

²⁶ THERRIE, Bárbara. “Não queria filho veado”: conheça a trajetória de um pai e a filha trans de 6 anos. Uol, 15 de diciembre de 2017. Entretenimiento. Disponible en: <https://www.bol.uol.com.br/entretenimento/2017/12/15/nao-queria-filho-veado-conheca-a-trajetoria-de-um-pai-e-a-filha-trans-de-6-anos.htm>. Acceso en: 21 oct. 2020.

²⁷ ZUCKER, Kenneth J. Debate: Different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 25, n. 1, p. 36-37, 2020. 28 ZUCKER, 2020, p. 36.

²⁸ ZUCKER, 2020, p. 36.

²⁹ 29 Cohen-Kettenis, Peggy T.; STEENSMA, Thomas D.; De Vries, Annelou LC. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, p. 689-700, 2011.

³⁰ KORTE, Alexander et al. Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 105, n. 48, p. 834-841, 2008.

³¹ HRUZ, Paul W. Deficiencies in scientific evidence for medical management of gender dysphoria. *The Linacre Quarterly*, v. 87, n. 1, p. 34-42, 2020.

físico”.³² Sin embargo, investigaciones posteriores enseñaron que esto es un equívoco: Vlot et al.³³ concluyeron que hubo una caída en el crecimiento óseo de los adolescentes y Klink et al.³⁴ descubrieron una disminución significativa de masa ósea cuando los adolescentes llegaron a la fase adulta. De acuerdo con Sierra,³⁵ el bloqueo hormonal es “el primer paso para la transición médica, consolidando la incomodidad con el propio cuerpo al privar el menor de experiencias corporales [...] que le permitirían explorar el género y la sexualidad”³⁶ y encontrar otra solución que no fuera médico-quirúrgica.

De acuerdo con Hruz,

[...] las evidencias para la seguridad y la eficacia de la supresión de la pubertad [bloqueo hormonal] son pequeñas, basadas más en juicios subjetivos de clínicos de que en evidencias empíricas rigurosas. Es, en este sentido, aún experimental – y, aun así, es un experimento siendo conducido de una manera descontrolada y asistemática.³⁷

El abordaje de “afirmación de género” no lleva en cuenta más de cincuenta años de investigaciones en disforia de género en niños y adolescentes que revelaron que la mayoría aplastante de estos individuos supera la disforia durante o después de la pubertad, desarrollando una orientación sexual homosexual o bisexual en más de 80% de los casos.³⁸ Para Korte et al.,³⁹ si la mayoría de estos individuos supera la disforia, la “afirmación de género” puede estar interfiriendo “en el desarrollo del paciente como homosexual”. Lo que corrobora su afirmación es que aquellos tratados con “afirmación de género” tuvieron persistencia en 100% de los casos.⁴⁰ Los datos de superación de la disforia cuando no hay *gender-affirming* son altos porque “los niños no son totalmente capaces de entender lo que significa ser hombre o mujer”.⁴¹

Sobre consentimiento, según el párrafo único del art. 6º de la Resolución n. 2.265/2019 del CFM, “[es] obligatorio obtener el consentimiento libre y aclarado, informando al transgénero sobre la posibilidad de esterilidad advenida de los procedimientos hormonales y quirúrgicos para la afirmación de género”. Se debe rechazar que comprensión y consentimiento para intervenciones de esta magnitud puedan ofrecerse por menores de edad. Paus⁴² descubrió que el cerebro del adolescente está en proceso de maduración: en un estudio con mil participantes entre 12 y 48, los adolescentes puntuaron muy por debajo de los adultos en los índices de

³² HEMBREE, Wylie C. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, 2011.

³³ VLOT, Mariska C. et al. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, v. 95, p. 11-19, 2017.

³⁴ 34 KLINK, Daniel et al. Bone mass in young adulthood following gonadotropinreleasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 100, n. 2, p. 270-275, 2015.

³⁵ SIERRA, Mónica de Celis. Menores transgénero en el Reino Unido: Polémica por la investigación sobre bloqueadores puberales. *Revista Clínica Contemporánea*, Madrid, v. 10, n. 3, p. 1-7, 2019.

³⁶ SIERRA, 2019, p. 3.

³⁷ HRUZ et al., 2017, p. 6

³⁸ Green; Money, 1961; BAKWIN, 1968; GREEN, 1987; Money; Russo, 1979; SINGH, 2012; STEENSMA et al., 2013; Wallien; Cohen-Kettenis, 2008; ZUGER, 1978; ZUGER, 1984.

³⁹ Korte, Alexander et al. Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 105, n. 48, 2008. p. 839.

⁴⁰ De Vries, Annelou L.C. et al. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 8, n. 8, p. 2276-2283, 2011.

⁴¹ HRUZ et al., 2017, p. 4.

⁴² PAUS, Tomáš. Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 60-68, 2005.

responsabilidad, perspectiva y templanza.⁴³ Para Korte et al., “la mayoría de los adolescentes [...] aún está en proceso de establecer su identidad sexual, y el abordaje diagnóstico y terapéutico debe acompañar este proceso, en vez de superarlo”.⁴⁴ Fried y Reppucci, en una investigación con jóvenes detenidos entre 13 e 18 años, constataron que estos tenían “capacidades de toma de decisión menos desarrolladas”,⁴⁵ lo que desafiaba el sistema penal estadounidense. Maggs et al.,⁴⁶ en una investigación con chicos y chicas con un promedio de 11.6 años, descubrieron que los adolescentes son más propicios a tener comportamientos y actividades de riesgo sin medir sus consecuencias. O sea, menores de edad aún están en una fase de “impulsividad cognitiva, labilidad emocional y búsqueda por el peligro”.⁴⁷ Para Steinberg,⁴⁸ hay consenso científico de que tanto el adolescente como el niño todavía no están/son maduros lo suficiente para entender sus sentimientos, decisiones y juicios, imposibilitando su consentimiento pleno. Eso se reconoce por leyes brasileñas, que admiten que menores de catorce años no son capaces de consentir sexo, que menores de dieciséis no pueden votar y que menores de dieciocho no podrían conducir. Si el Derecho brasileño reconoce que el menor de edad aún es incapaz sobre sus juicios y decisiones, tanto con relación a sí como para con los demás, ¿lo que llevaría a creer que son ellos capaces de comprender y consentir un tratamiento esterilizante que tendrá reverberaciones por el resto de sus vidas?

El párrafo único del art. 7º de la Resolución del CFP n. 1/2018, que establece que los psicólogos “reconocerán y legitimarán la autodeterminación de las personas transexuales y travestis con relación a sus identidades”, es cuestionable fundamentalmente cuando aplicado a la psicoterapia infantil y de adolescentes, pues va en contra sus procesos de maduración. Se puede entender, también, que hiere el Código de Ética Profesional del Psicólogo, que, en el art. 2º, apartado b, explicita que está vedado al psicólogo “inducir a convicciones políticas, filosóficas, morales, ideológicas, religiosas, de orientación sexual o a cualquier tipo de prejuicio, cuando del ejercicio de sus funciones profesionales”.⁴⁹ Por lo tanto, no es papel del psicólogo legitimar a nadie; quien desempeña este papel es el propio cliente sobre sí mismo, el propio cliente que tiene el poder de autoreconocerse y legitimarse, y está ahí el papel del psicólogo en esta búsqueda. El psicólogo no puede ser coaccionado a estar de acuerdo con lo que dice el cliente; esto no significa que no debemos creer en lo que lleva al consultorio. En la orientación psicoanalítica, organizar la demanda del sujeto forma parte del proceso terapéutico. Se puede afirmar que el sujeto en cuestión, en un análisis, empieza su queja porque se siente perjudicado por alguien. A partir de eso, él comprende el motivo de su queja cuando visualiza lo que pide a otro para que así, al final, pueda responsabilizarse de sus propios deseos. Al término de un análisis, la persona comprende que los demás no son responsables de sus demandas. Sin embargo, para que eso ocurra, es necesario que el individuo analizado abandone las cadenas que lo mantienen atado a los demás que pasaron por su vida. Lacan trabaja la idea de fantasma desde la obra de

⁴³ CAUFFMAN, Elizabeth; STEINBERG, Laurence. (Im) maturity of judgment in adolescence: why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, v. 18, n. 6, p. 741-760, 2000.

⁴⁴ Korte et al., 2008, p. 838.

⁴⁵ FRIED, Carrie S.; REPPUCCI, N. Dickon. Criminal decision making: the development of adolescent judgment, criminal responsibility, and culpability. *Law and Human Behavior*, v. 25, n. 1, p. 45-61, 2001. p. 58.

⁴⁶ MAGGS, Jennifer L.; ALMEIDA, David M.; GALAMBOS, Nancy L. Risky business: The paradoxical meaning of problem behavior for young adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, v. 15, n. 3, p. 344-362, 1995.

⁴⁷ ANDRADE, André Luiz Monezi et al. Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspectos gerais e atualização. *Adolescência e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 62-67, 2018. p. 65.

⁴⁸ STEINBERG, Laurence. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 69-74, 2005.

⁴⁹ Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005. p. 9.

Shakespeare, Hamlet, y ¿qué serían los fantasmas si no el peso que el sujeto carga en sus espaldas por cargar las frustraciones, sueños y angustias de sus primeros cuidadores? Estos fantasmas surgen en el *setting* terapéutico de forma sutil, pero constante. Entre actos fallidos, sueños y asociaciones libres, el sujeto busca descifrar qué pretende con lo que nos dice, como Edipo tuvo que descifrar la esfinge. Por eso, Freud se apropia de la obra *Edipo Rey*, de Sófocles. El encuentro entre Edipo y la esfinge representa el encuentro de la persona analizada con su síntoma, que necesita descifrarse para que se sepa quién ella es.⁵⁰

El abordaje que mantuvo números de superación y permanencia de la disforia de género en niños y adolescentes concordantes en más de 50 años de investigación es la “espera vigilante” (“*watchful waiting*”), como nombra K. Zucker. La “espera vigilante” maneja con los riesgos sociales con el objetivo de permitir el progreso/desarrollo del niño con disforia de manera natural y saludable, además de incluir el núcleo familia-niño. Según Ristori y Steensma, la Espera Vigilante consiste en “un balance entre una actitud de aceptación y apoyo [...], mientras protege al niño contra toda reacción negativa y permanecen realistas sobre la probabilidad de que los sentimientos de DG desistan en el futuro”.⁵¹ La psicoterapia es importante porque se descubrió que los diagnosticados con “incongruencia de género” generalmente sufren con otras psicopatologías no ligadas necesariamente con temas de género, como depresión, ansiedad, trastorno alimentario, insatisfacción corporal e incluso autismo.⁵² De acuerdo con Robert D’Angelo et al.,⁵³ la psicoterapia exploratoria es el tratamiento que debe estar en la línea de frente para auxiliar a todos los menores de edad. Es a través de ella que se reduce la necesidad de abordajes invasivos e irreversibles de la medicina que reputan el modelo “afirmativo” como seguro para menores de edad. De Vries⁵⁴ comparte de este mismo pensamiento tras concluir, después de años de investigaciones con modelo afirmativo en esta franja de edad, que debemos separar quien se beneficiará del abordaje *gender-affirming* de los que un “soporte (adicional) de salud mental puede ser lo más apropiado”.⁵⁵ Littman⁵⁶ apunta para la posibilidad de contagio social, fundamentalmente entre niñas, fuertemente influenciadas por las redes sociales y grupos de amigas, llegando a cuñar un nuevo nombre para este diagnóstico: *rapid-onset gender dysphoria* (ROGD), que puede traducirse como “Disforia de Género de Surgimiento Repentino”.

Hruz et al. también alertan que:

Si el uso creciente de cuidados de afirmación de género hace que los niños insistan en su identificación como el sexo opuesto, entonces muchos niños que de otra forma no necesitarían tratamiento médico continuo serían expuestos a intervenciones hormonales y quirúrgicas.⁵⁷

No mencionar otros abordajes, como hizo el CFM, o demonizarlas, como hizo el CFP, pone esta franja de edad en riesgo. Incluso la Asociación Profesional Mundial para Salud Transgénero –

⁵⁰ LACAN, Jacques. O Seminário. Livro 7: a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

⁵¹ 51 RISTORI, Jiska; STEENSMA, Thomas D. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, v. 28, n. 1, 2016. p. 17.

⁵² GIOVANARDI, Guido. Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents. *Porto Biomedical Journal*, v. 2, n. 5, p. 153-156, 2017.

⁵³ D’Angelo, Roberto et al. One size does not fit all: in support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, p. 1-10, 2020.

⁵⁴ De Vries, Annelou L. C. Challenges in timing puberty suppression for gender nonconforming adolescents. *Pediatrics*, v. 146, n. 4, p. 1-2, 2020.

⁵⁵ De Vries, 2020, p. 2.

⁵⁶ Littman, Lisa. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PloS one*, v. 13, n. 8, p. 1-44, 2018.

⁵⁷ HRUZ et al., 2017, p. 6.

WPATH,⁵⁸ organización internacional que exige la adopción de la “afirmación de género”, admitió, hace tres años, que este no es un estándar de cuidado: “Las directrices no pueden garantizar ningún resultado específico, tampoco establecen un estándar de atención”.⁵⁹ Pero ¿cuál sería la distinción entre “directrices” y “estándares de atención”?

Ristori y Steensma⁶⁰ enseñaron que, para 85,2% de los individuos acompañados, los sentimientos disfóricos desaparecen cerca de esta fase o tras ella. La excepción son justamente los niños y adolescentes que recibieron bloqueadores de pubertad, como enseña un estudio reciente de 2020, en que 43 de los 44 niños tratados con bloqueadores hormonales persistieron en la disforia de género.⁶¹

Se debe recordar que los resultados a largo plazo de las intervenciones físicas, incluso en adultos (que, en principio, tendrían más madurez para comprender sus consecuencias), son desestimulantes. Un estudio sueco, con una muestra de 324 pacientes atendidos entre 1973 y 2003, reveló que, tras la reasignación sexual, todavía mantienen riesgos considerablemente más grandes de mortalidad, comportamiento suicida y morbosidad psiquiátrica que la población en general.⁶² Otro estudio, ahora holandés, que investigó específicamente los casos de suicidios consumados, concluyó que “el riesgo de suicidio en personas transgénero es más alto que el de la población en general y parece suceder en todos los estados de la transición”.⁶³ Finalmente, se debe recordar el Principio de la Beneficencia, sugerido en el inciso II del Código de Ética Médica: desde el punto de vista del paciente medio, en cualquier área de la salud, son preferibles tratamientos no invasivos.

4 El modelo “afirmativo de género” atiende al Principio del Interés Superior del Niño y del Adolescente?

En lo que toca a las intervenciones físicas en menores de 18 años, el Informe de Situación n. 8/2013 del CFM, al autorizar que médicos prescriban y utilicen hormonas sintéticas en menores de 18 años con diagnóstico de “trastorno de identidad de género” (autorización esa que se mantuvo por la Resolución n. 2.265/2019 del organismo), contrarió el Decreto n. 2.803/2013 del Ministerio de la Salud, que exige la edad mínima de 18 años para tal. Posiblemente, lo que hizo que esta contradicción no fuera notada es el hecho de que, comúnmente, defensores del “modelo afirmativo” se refieren a las hormonas bloqueadores de pubertad sólo como “bloqueadores de pubertad” y a su uso como “bloqueo puberal”, reservando la palabra “hormonoterapia” para las hormonas cruzadas (las que confieren características del sexo opuesto); eso induce a las personas a que crean que bloqueadores no serían hormonas, cuando en realidad lo son. De la misma manera, al autorizar que médicos realicen cirugías irreversibles ya desde los 18 años, la

⁵⁸ European Professional Association for Transgender Health (Epath). Statement regarding medical affirming treatment including puberty blockers for transgender adolescents. Dez. 2020. Disponible en: http://epath.eu/wp-content/uploads/2020/12/FINALStatement-Regarding-Informed-Consent-Court-Case_Dec-16-2020.docx.pdf. Acceso en: 23 dic. 2020.

⁵⁹ HEMBREE, Wylie C. et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/genderincongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 11, 2017. p. 3895.

⁶⁰ Ristori; Steensma, 2016.

⁶¹ CARMICHAEL, Polly et al. Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *MedRxiv*, 2020.

⁶² DHEJNE, Cecilia et al. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2011.

⁶³ WIEPJES, Chantal M. et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 141, n. 6, p. 486-491, 2020.

Resolución n. 2.265 contrarió el mismo decreto del Ministerio de la Salud, pues esta establece para estas modificaciones la edad mínima de 21 años. Hay que notarse que el propio decreto del Ministerio, al autorizar cirugías irreversibles desde los 21 años, ya nació en contrariedad con la Ley n. 9.263/1996, que, entre los requisitos para la esterilización voluntaria, incluye la capacidad civil plena y la edad mínima de 25 años o, como mínimo, dos hijos vivos.

Normas que no respeten las edades mínimas contrarían los avances del Derecho brasileño y mundial en el reconocimiento de la situación de vulnerabilidad física, emocional y psíquica en razón de la edad, de la que resulta nuestra incapacidad, absoluta o relativa, para comprender determinadas situaciones y tomar decisiones. Ejemplificando: la ley penal, al tipificar el crimen de violación de vulnerable, afirma la incapacidad absoluta de menores de 14 años para consentir con la conjunción carnal y otros actos libidinosos; la legislación electoral exige el mínimo de 16 años para el derecho al voto; la de tránsito requiere plena imputabilidad penal, la que, de acuerdo como el ya citado Código Penal Brasileño, es de 18 años; son los 18 años el marco para a responsabilidad civil plena; y los ya citados 25 años (o dos hijos vivos) son requisito para la esterilización voluntaria, un acto irreversible que exige una madurez completa. El Derecho brasileño predice edades mínimas todavía más altas para otros actos de la vida civil, como, por ejemplo, concurrir a determinados cargos políticos; el mínimo de 35 años é condición de elegibilidad para presidentes de la República, por ejemplo. Así, dentro de una visión sistemática, se concluye que, para el legislador brasileño, los menores de catorce años, en principio, no tienen madurez suficiente para comprender y consentir para los actos de la vida civil (como lo son la adhesión a los “tratamientos hormonales” aquí mencionados), que menores entre catorce y dieciocho años tienen madurez limitada para tal y que los con menos de 25 años no tienen madurez para comprender y evaluar si desean o no someterse a cambios corporales irreversibles y esterilizantes como la ingesta de hormonas del sexo opuesto y la reasignación sexual.

En lo que toca a las restricciones establecidas por el CFP, se entiende que obligar psicoterapeutas a “legitimar y reconocer” el discurso de determinados pacientes (y no simplemente a respetarlo) contraría el derecho constitucional a la libertad de expresión, de conciencia y al libre ejercicio de profesión. Y, todavía más grave, contraría el propio derecho a la salud de los pacientes garantizado por el texto constitucional y anhelado por el mismo Consejo, ya que es derecho del paciente un proceso terapéutico en el que su discurso sea, en algún nivel, cuestionado. Esta garantía es aún más relevante cuando el profesional está ante un niño o adolescente que está construyendo su identidad. La tendencia es que el profesional, ante esta prohibición, no haga preguntas que puedan resultar en una denuncia por parte del paciente al CFP, de la que podría resultar la pérdida de su licencia clínica. Considerando que la resolución también prohíbe manifestaciones públicas de los profesionales en este sentido, ella, en la práctica, obliga el profesional a elegir entre adoptar el modelo “afirmativo” o permanecer en silencio sobre el tema. El Consejo Federal de Medicina, al menos, no prohibió que profesionales sigan otros abordajes; su resolución es autorizadora y no mandatoria. Por lo tanto, en un análisis perfunctorio, e invitando la comunidad jurídica para dar seguimiento a la discusión, parece que estas dos resoluciones no han sido convalidadas por la legislación brasileña.

Ahora pasamos a reflexionar bajo otro prisma: si la aplicación de este modelo de tratamiento y de estas nuevas normas atendería al Principio del Interés Superior del Niño y del Adolescente, previsto expresadamente o implícitamente en distintos documentos legales vigentes en Brasil y en el mundo. Este principio surge de la Constitución Federal, que, en su art. 227, confirió al niño y al adolescente absoluta prioridad y ha sido corroborado por otras normativas, como el Estatuto del Niño y Adolescente (arts. 3º, 4º y 5º, nuevamente con absoluta prioridad) y también por documentos internacionales como la Declaración de los Derechos del Niño, la Declaración

de Ginebra, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y la Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Se podrían expansionarlo para incluir, con base en el Estatuto de la Juventud (Ley n. 12.825/2013), personas con edad entre los quince y los veintinueve años. En las palabras de Eduardo de Oliveira Leite, sus criterios son la

[...] mejora de sus condiciones de vida con relación a su situación anterior, a su seguridad, a su protección, a sus cuidados, educación, afecto, integración en una familia con la que el niño adoptado desarrolle lazos afectivos, el respeto a su origen étnico, religioso, cultural, por fin, todas las condiciones de desarrollo de su personalidad, las ventajas de orden moral siendo unánimemente privilegiadas en relación a las ventajas de orden económico.⁶⁴

Los estudios mencionados refrendan la necesidad de que respetemos las edades mínimas fijadas en ley. Se comprende, por lo tanto, que la práctica de la “transición social” en menores de edad (en ellas incluidos los cambios de nombre) y las intervenciones físicas en sus cuerpos (aunque precedidas de “términos de consentimiento” firmados por ellos y/o por sus responsables) no están atendiendo a su interés superior y no pueden considerarse resultado de un consentimiento informado. De acuerdo con la ciencia actual, el cerebro sólo finaliza su formación entre los veinte y los veinticinco años; así, aunque consideremos las edad determinadas por el Ministerio de la Salud para hormonas (dieciocho años) y cirugías (21 años), estas ya se estarían realizando en seres humanos cuyo proceso cognitivo no fue terminado – fundamentalmente si consideramos que, en el Derecho brasileño, vigora el ya citado Estatuto de la Juventud (Ley n. 12.825/2013), que reconoce derechos a las personas con edad entre quince y 29 años. Los estudios también indican que la “afirmación de género” tiende a direccionar el niño o el joven para intervenciones físicas innecesarias y (o) permanecer en ellas; eso tiene efectos colaterales tanto conocidos como desconocidos y consecuencias irreversibles a largo plazo, entre ellas la esterilidad. Se comprende que, al ser vistos y (o) tratados como alguien del sexo opuesto, los pacientes experimenten satisfacción a corto plazo, tal vez por eso disminuir el *bullying* por sus preferencias de juguetes, vestuario etc.; sin embargo, con base en evidencias, el bienestar puede alcanzarse a través de medidas no medicalizantes, como la terapia y más acogida por parte de la familia y escuela de los niños y niñas “fuera de la caja”. Este modelo no tiene consenso científico, carece de evidencias y su utilización como un estándar de atención es un riesgo para niños y adolescentes.⁶⁵

5 Consideraciones finales

Reafirmando que este artículo tiene como objetivo fomentar la discusión y puede y debe complementarse o cuestionarse con bases racionales y científicas, creemos que, ante todo lo expuesto, el modelo “afirmativo de género” no parece atender al interés superior de niños y adolescentes que cuestionan su sexo biológico. Al contrario de la narrativa *mainstream*, lo que enseñan los estudios es que el proceso terapéutico tradicional tiene excelentes y hasta superiores resultados en auxiliar estos pacientes y que estas nuevas directrices funcionan en la práctica como una forma de *fidelización* de los pacientes a los servicios médicos ofrecidos en este

⁶⁴ LEITE apud COLUCCI, Camila Fernanda Pinsinato. Princípio do melhor interesse da criança: construção teórica e aplicação prática no direito brasileiro. 2014. 261 p. Dissertação (Mestrado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

⁶⁵ PAYNE, Daniel. Casualties of a social, psychological, and medical fad: the dangers of transgender ideology in medicine. Public Discourse, 31 jan. 2018. Disponible en: <https://www.thepublicdiscourse.com/2018/01/20810/>. Acceso en: 31 dez. 2020.

campo. Hay necesidad, como mínimo, de una revisión de dichas directrices y de su adopción por ambulatorios de identidad de género, clínicas privadas y demás instituciones, organizaciones y profesionales.

Verificamos que incluso experimentados y bien intencionados profesionales de la medicina y de la psicología, así como operadores del Derecho, tuvieron acceso sólo a los materiales producidos por los partidarios del modelo “afirmativo”. Es importante echar una mirada más cuidadosa ante temas de sexo-género, un tema extremadamente delicado. La búsqueda por una apariencia del sexo opuesto pasa por decisiones que no pueden dimensionarse antes de la vida adulta. Adultos tienen, al menos en tesis, la oportunidad de buscar variadas fuentes de información sobre el tema, más allá de las divulgadas en redes sociales, y de sopesar los costos (incluso financieros) de consultas, hormonas y cirugías para evaluar cómo el proceso transexualizador le afectará a su vida afectiva y sexual. Todo lleva a creer que niños y adolescentes, al tener su autodeclaración - deseo afirmado en esta franja de edad sin ningún tipo de cuestionamiento, como el reciente caso judicial que venció Keira Bell,⁶⁶ irán sobredimensionar cambios de nombre y de apariencia.

Acoger a seres humanos, comprenderlos y respetar su dignidad no significa renunciar a una mirada crítica y ni despreciar otros abordajes, perspectivas y también colisiones de derechos. Estos tratamientos ocupan un lugar *sui generis* en la medicina: a lo largo de las décadas, intervenciones físicas para temas de salud mental han sido progresivamente descartados, como las histerectomías en pacientes declaradas “histéricas” y las lobotomías para un sinnúmero de situaciones que iban desde la esquizofrenia hasta la homosexualidad. ¿A quién le interesa la medicalización y la patologización de menores de edad que presenten un comportamiento “incongruente” con lo que los estereotipos de género imponen? Considerando que los criterios de diagnóstico incluyen comportamientos fuera del estándar y que las noticias sobre el tema, invariablemente, mencionan estereotipos, hay que reflexionarse, incluso, si no estaríamos ante de un resquicio de la medicina eugénica, destinado a eliminar de nuestras miradas los niños y niñas “fuera de la caja”. En una era en la que la búsqueda por la salud mental viene creciendo, el modelo biomédico patologizante y medicalizante no parece ser una mejor salida, aún más para niños y adolescentes.

Referencias

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. American Psychiatric Press; Washington, DC, USA: 1968. American Psychiatric Association et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, André Luiz Monezi et al. Desenvolvimento cerebral na adolescência: aspectos gerais e atualização. *Adolescência e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 62-67, 2018.

BAKWIN, Harry. Deviant gender-role behavior in children: relation to homosexuality. *Pediatrics*, v. 41, n. 3, p. 620-629, 1968.

⁶⁶ TOBIN, Sam et al. Cambridge woman who took puberty blockers wins High Court ruling. *CambridgeshireLive*, Cambridgeshire, 1º dez. 2020. Disponible en: <https://www.cambridge-news.co.uk/news/local-news/keira-bell-court-pubertycambridge-19380062>. Acceso en: 24 dic. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília, 2013.

Câmara dos Deputados. Gabinete da deputada Chris Tonietto. Projeto de Decreto Legislativo n. 19/2020. Susta os efeitos da Resolução n. 2.265, de 20 de setembro de 2019, do Conselho Federal de Medicina, a qual dispõe sobre “o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010”. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostaslegislativas/2236483>. Acesso em: 17 dic. 2020.

CARMICHAEL, Polly et al. Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *MedRxiv*, 2020.

CAUFFMAN, Elizabeth; STEINBERG, Laurence. (Im) maturity of judgment in adolescence: why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences & the Law*, v. 18, n. 6, p. 741-760, 2000.

Cohen-Kettenis, Peggy T.; STEENSMA, Thomas D.; De Vries, Annelou LC. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, p. 689-700, 2011.

COLUCCI, Camila Fernanda Pinsinato. Princípio do melhor interesse da criança: construção teórica e aplicação prática no direito brasileiro. 2014. 261 p. Dissertação (Mestrado em Direito Civil) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n. 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: CFM, 2019.

Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.265/2018, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM n. 1.955/2010. *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 6, p. 96, 9 jan. 2020.* Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 19 out. 2020.

Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução n. 1/2018, de 29 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. *Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 21, p. 136, 30 jan. 2018.* Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/2236057/do1-2018-01-30-resolucao-n-1-de-29-de-janeiro-de-2018-2236053. Acesso em: 17 out. 2020.

D'Angelo, Roberto et al. One size does not fit all: in support of psychotherapy for gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, p. 1-10, 2020.

De Graaf, N. et al. Sex Ratio in Children and Adolescents Referred to the Gender Identity Development Service in the UK (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, v. 47, n. 5, p. 1301-1304, 2018.

De Vries, Annelou L.C. et al. Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 8, n. 8, p. 2276-2283, 2011.

De Vries, Annelou L. C. Challenges in timing puberty suppression for gender-nonconforming adolescents. *Pediatrics*, v. 146, n. 4, p. 1-2, 2020.

Delemarre-Van de Waal, Henriëtte A.; Cohen-Kettenis, Peggy T. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *European Journal of Endocrinology*, v. 155, n. 1, p. 131-137, 2006.

DHEJNE, Cecilia et al. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PloS one*, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2011.

DORNELLES, Tatiana Almeida de Andrade. A “disforia de gênero” infantojuvenil e o direito fundamental da proteção integral da criança e do adolescente: um debate necessário. In: BRANCO et al. (org.). *Direitos fundamentais em processo: estudos em comemoração aos 20 anos da Escola Superior do Ministério Público da União*. Brasília: ESMPU, 2020. p. 733-749.

DRESCHER, Jack. Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral sciences*, v. 5, n. 4, p. 565-575, 2015.

European Professional Association for Transgender Health (Epath). Statement regarding medical affirming treatment including puberty blockers for transgender adolescents. Dez. 2020. Disponível em: http://epath.eu/wp-content/uploads/2020/12/FINAL-Statement-Regarding-Informed-Consent-Court-Case_Dec-16-2020.docx.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

FARIAS, A. Procura por ambulatório que atende crianças e adolescentes transexuais cresce 60%. *Revista Veja*, São Paulo, 18 jan. 2016. Disponível em: <https://vejasp.abril.com.br/cidades/atendimento-hospital-criancas-adolescentes-transexuais-cresce>. Acesso em: 15 out. 2020.

FRIED, Carrie S.; REPPUCCI, N. Dickon. Criminal decision making: the development of adolescent judgment, criminal responsibility, and culpability. *Law and Human Behavior*, v. 25, n. 1, p. 45-61, 2001.

FRISÉN, Louise; SÖDER, Olle; RYDELIUS, Per-Anders. Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga: tidigt insatt behandling ger betydligt bättre prognos. *Översikt*, v. 114, p. 1-6, 2017.

GIOVANARDI, Guido. Buying time or arresting development? The dilemma of administering hormone blockers in trans children and adolescents. *Porto Biomedical Journal*, v. 2, n. 5, p. 153-156, 2017.

GREEN, Richard. *The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality*. Yale University Press, 1987.

GREEN, Richard; MONEY, John. Effeminacy in prepubertal boys: summary of eleven cases and recommendations for case management. *Pediatrics*, v. 27, n. 2, p. 286-291, 1961.

HEMBREE, Wylie C. et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/ gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 11, p. 3869-3903, 2017.

HEMBREE, Wylie C. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 20, n. 4, p. 725-732, 2011.

HILL, Darryl B. et al. Gender identity disorders in childhood and adolescence: A critical inquiry. *International Journal of Sexual Health*, v. 19, n. 1, p. 57-75, 2007.

HRUZ, Paul W. Deficiencies in scientific evidence for medical management of gender dysphoria. *The Linacre Quarterly*, v. 87, n. 1, p. 34-42, 2020.

HRUZ, Paul W.; MAYER, Lawrence S.; MCHUGH, Paul R. Growing pains: problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, n. 52, p. 3-36, 2017.

ILICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KENNY, D. Children and young people seeking and obtaining treatment for gender dysphoria in Australia: trends by state over time (2014- 2019): update. Danny Kenny, 15 jul. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3naA5UI>. Acesso em: 20 nov. 2020.

KHATCHADOURIAN, K.; AMED, S.; METZGER, D. L. Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *J Pediatr.*, v. 164, n. 4, p. 906-911, 2014.

KLINK, Daniel et al. Bone mass in young adulthood following gonadotropin-releasing hormone analog treatment and cross-sex hormone treatment in adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 100, n. 2, p. 270-275, 2015.

KORTE, Alexander et al. Gender identity disorders in childhood and adolescence: currently debated concepts and treatment strategies. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 105, n. 48, p. 834-841, 2008.

LACAN, Jacques. *O Seminário. Livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LEITE, D. Garoto trans de oito anos comemora novo RG com nome social: Queria ser Dudu. *Universa*, 9 nov. 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/09/05/garoto-transde-8-anos-comemora-novo-r-g-com-nome-social-queria-ser-dudu.htm>. Acesso em: 13 nov. 2020.

LITTMAN, Lisa. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PloS One*, v. 13, n. 8, p. 1-44, 2018.

LÖWY, Ilana. Intersexo e transexualidades: As tecnologias da medicina e a separação do sexo biológico do sexo social. Tradução de Maria Helena Silva Soares. Em *Construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência*, n. 5, p. 130-142, 2019.

MAGGS, Jennifer L.; ALMEIDA, David M.; GALAMBOS, Nancy L. Risky business: The paradoxical meaning of problem behavior for young adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, v. 15, n. 3, p. 344-362, 1995.

MEERWIJK, E. L.; SEVELIUS, J. M. Transgender population size in the United States: a meta-regression of population-based probability samples. *Am J Public Health*, v. 107, n. 2, p. 1-8, 2017.

MONEY, John; RUSSO, Anthony J. Homosexual outcome of discordant gender identity/role in childhood: longitudinal follow-up. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 4, n. 1, p. 29-41, 1979.

MPF Questiona CFM sobre terapias hormonais de mudança de sexo a partir dos 16 anos. *Gazeta do Povo*, Goiás, 22 de janeiro de 2020. *Vida e Cidadania*. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-ecidadania/mpf-questiona-cfm-mudanca-sexo-terapias-hormonais-16-anos>. Acesso em: 19 oct. 2020.

PAUS, Tomáš. Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 60-68, 2005.

PAYNE, Daniel. Casualties of a social, psychological, and medical fad: the dangers of transgender ideology in medicine. *Public Discourse*, 31 jan. 2018. *Healthcare, Science,*

Sexuality. Disponível em: <https://www.thepublicdiscourse.com/2018/01/20810/>. Acesso em: 31 dic. 2020.

PEREIRA, Tânia da Silva. O princípio do “melhor interesse da criança”: da teoria à prática. *Revista Brasileira de Direito de Família*, n. 6, 2000.

RIDER, G. Nicole et al. Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, v. 141, n. 3, p. 1-8, 2018.

RISTORI, Jiska; STEENSMA, Thomas D. Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, v. 28, n. 1, p. 13-20, 2016.

SAADEH, Alexandre et al. Antigos – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USPI: proposta de trabalho com crianças, adolescentes e adultos. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 19, n. 2, p. 86-97, 2018.

Secretaria Nacional da Juventude, Unfpa. Estatuto da juventude. Brasília: SNJ/Unfpa, 2014. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/estatutodajuventude.pdf>. Acesso em: 1º dic. 2020.

SIERRA, Mónica de Celis. Menores transgénero en el Reino Unido: Polémica por la investigación sobre bloqueadores puberales. *Revista Clínica Contemporánea*, Madrid, v. 10, n. 3, p. 1-7, 2019.

SILVA, Lucio Flavio Gonzaga. Processo-Consulta CFM n. 32/12 – Parecer CFM n. 8/13. Brasília, 22 de fevereiro de 2013.

SINGH, Devita. A follow-up study of boys with gender identity disorder. 2012. Tese de Doutorado. Toronto: University of Toronto.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Adolescência. Guia prático de atualização: disforia de gênero. Brasília, n. 4, jun. 2017. Disponível em: goo.gl/dfMHEz. Acesso em: 23 dic. 2020.

STEENSMA, Thomas D. et al. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 16, n. 4, p. 499-516, 2011.

STEENSMA, Thomas D. et al. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 52, n. 6, p. 582-590, 2013.

STEENSMA, Thomas D.; Cohen-Kettenis, Peggy T. More than two developmental pathways in children with gender dysphoria? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 54, n. 2, p. 147- 148, 2015.

STEINBERG, Laurence. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 9, n. 2, p. 69-74, 2005.

THERRIE, Bárbara. “Não queria filho veado”: conheça a trajetória de um pai e a filha trans de 6 anos. Uol, 15 dic. 2017. Entretenimento. Disponible en: <https://www.bol.uol.com.br/entretenimento/2017/12/15/nao-queria-filho-veado-conheca-a-trajetoria-de-um-pai-e-a-filha-trans-de-6-anos.htm>. Acesso em: 21 oct. 2020.

TOBIN, Sam et al. Cambridge woman who took puberty blockers wins High Court ruling. *CambridgeshireLive*, Cambridgeshire, 1º dez. 2020. Disponível em:

<https://www.cambridge-news.co.uk/news/local-news/keira-bell-court-puberty-cambridge-19380062>. Acceso en: 24 dic. 2020.

TRANSGENDER kids: who knows best? BBC World News, 2017. This World. Disponible en: <https://www.bbc.co.uk/programmes/n3csk76j>. Acceso en: 15 sep. 2020.

TURNER, C. Number of children being referred to gender identity clinics has quadrupled in five years. The Telegraph, Londres, 8 jul. 2017. Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/news/2017/07/08/number-children-referred-gender-identity-clinics-has-quadrupled>. Acceso en: 28 nov. 2020.

VLOT, Mariska C. et al. Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. *Bone*, v. 95, p. 11-19, 2017.

WALLIEN, Madeleine SC; Cohen-Kettenis, Peggy T. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 47, n. 12, p. 1413-1423, 2008.

WIEPJES, Chantal M. et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 141, n. 6, p. 486-491, 2020.

WOOD, H. et al. Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, v. 39, n. 1, p. 1-6, 2013.

ZUCKER, Kenneth J. Debate: Different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 25, n. 1, p. 36-37, 2020.

ZUGER, Bernard. Early effeminate behavior in boys: outcome and significance for homosexuality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, v. 172, n. 2, p. 90-97, 1984.

ZUGER, Bernard. Effeminate behavior present in boys from childhood: ten additional years of follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, v. 19, n. 4, p. 363-369, 1978.