

PARA PADRES, DOCENTES Y PROFESIONALES
— QUE BUSCAN CLARIDAD —

IDENTIDAD EN DESARROLLO

Una guía clínica y familiar sobre infancia,
adolescencia y disforia de género



JORGE PATPATIAN

IDENTIDAD EN DESARROLLO

PARA PADRES, DOCENTES Y PROFESIONALES QUE BUSCAN CLARIDAD

Identidad en Desarrollo aborda uno de los temas más urgentes de nuestro tiempo: cómo comprender la infancia y la adolescencia en medio de discursos contradictorios, presiones ideológicas y un mundo digital que a menudo desorienta.

En esa incertidumbre, la identidad y la disforia de género aparecen como cuestiones que requieren evidencia, prudencia y acompañamiento responsable. Este libro no responde a consignas ideológicas ni se plantea como un manifiesto en contra de nadie. Es una síntesis crítica y actualizada de la bibliografía internacional más confiable sobre desarrollo, salud mental e identidad, con el propósito de ordenar lo que sabemos, aclarar lo que aún está en debate y ofrecer criterios claros para acompañar a niños y adolescentes desde la ciencia y la clínica.

Con mirada rigurosa y sensible, Jorge Patpatian desarma mitos, organiza información y entrega herramientas prácticas para padres y familiares, docentes y profesionales que necesitan acompañar con solidez y sin improvisación.

Una guía imprescindible para quienes buscan comprender sin confusión, sostenerse en el rigor de la evidencia y acompañar con convicción. Si esta publicación logra que una familia acompañe mejor, que un profesional evalúe con mayor claridad, que un menor sea protegido de decisiones irreversibles, entonces habrá cumplido su misión.

Publicado por Editorial ACUPS.

**PARA PADRES, DOCENTES Y PROFESIONALES
QUE BUSCAN CLARIDAD**

IDENTIDAD EN DESARROLLO

Una guía clínica y familiar sobre infancia,
adolescencia y disforia de género

JORGE PATPATIAN

Editorial ACUPS

Jorge Patpatian
IDENTIDAD EN DESARROLLO
Una guía clínica y familiar sobre infancia,
adolescencia y disforia de género

© ACUPS
Editorial ACUPS
1ª edición, Junio 2026

Email: acups.uruguay@gmail.com
Derechos reservados.

ISBN: 978-9974-629-20-2

Dedicatoria

A mis padres, que me dieron raíces firmes y un sentido claro de quién soy.

A mi esposa Anahid, por caminar juntos sosteniendo las mismas certezas que nos dieron origen.

Y a las nuevas generaciones, para que crezcan con esta misma claridad y confianza.

Índice

Mensaje del Equipo Editorial.....	11
Prólogo.....	13
Introducción General del Libro.....	15
Aclaración sobre el lenguaje y los conceptos utilizados en este libro	17

PARTE I — MARCO ÉTICO, HUMANO Y CONCEPTUAL

Capítulo 1 — Este libro no es conservador, ni transfóbico, ni anti-derechos	21
Capítulo 2 — Derechos humanos, dignidad y acompañamiento responsable	25

PARTE II — COMPRENDER LA INFANCIA Y LA IDENTIDAD

Capítulo 3 — Comprender la identidad de género en la infancia	31
Capítulo 4 — Disforia de género en la infancia: qué es y qué no es	35
Capítulo 5 — ¿Podemos prevenir la disforia de género y la confusión en la identidad?	39
Capítulo 6— Factores de riesgo traumáticos y familiares de la confusión identitaria.....	45

PARTE III — FACTORES CONTEMPORÁNEOS QUE INFLUYEN EN LA IDENTIDAD

Capítulo 7 — Redes sociales: un factor predisponente y afirmativo del malestar	53
Capítulo 8 — El rol de los padres: acompañar sin acelerar.....	59
Capítulo 9 — El rol de la escuela: contención sin intervención acelerada.....	63
Capítulo 10 — Mensaje del Colegio Americano de Pediatría a directores de Colegios.....	69
Capítulo 11 — Adolescencia: una etapa especialmente vulnerable a la confusión identitaria.....	73

PARTE IV — EVIDENCIA INTERNACIONAL Y MODELOS CLÍNICOS

Capítulo 12 — El Informe Cass: evidencia que redefine el debate clínico	81
Capítulo 13 — De Europa al mundo: nuevas corrientes clínicas prudentes	87
Capítulo 14 — Evaluación clínica profunda: la base de una práctica segura.....	91

PARTE V — HERRAMIENTAS PARA FAMILIAS

Capítulo 15 — El rol de la familia como primer espacio de contención.....	95
Capítulo 16 — Preguntas frecuentes de los padres	99
Capítulo 17 — Errores comunes de los padres y cómo evitarlos.....	105

Capítulo 18 — Guías prácticas para padres	111
Capítulo 19 – Cómo elegir a un profesional: criterios clínicos y éticos.....	117

PARTE VI — SECCIÓN ESPECIAL PARA PROFESIONALES

Capítulo 20 — Orientaciones clínicas para profesionales.....	125
Capítulo 21 — Protocolo de evaluación para infancia y adolescencia	131
Capítulo 22 — Señales de alarma para profesionales	137
Capítulo 23 — Intervenciones recomendadas desde la clínica	141
Capítulo 24 — Límites éticos y responsabilidades profesionales	147
Capítulo 25 — La intervención con ambos padres	151
Capítulo 26—El caso de Uruguay: por qué las decisiones sobre identidad requieren a ambos padres	157
Capítulo 27—Diagnóstico diferencial: disforia de género vs. condiciones intersexo	163
Capítulo 28—Riesgos y efectos iatrogénicos de bloqueadores puberales y hormonización cruzada en menores	169
Capítulo 29—Detransición y arrepentimiento: comprender, prevenir y evitar daño.....	173

PARTE VII — Reflexión final y Bibliografía

Capítulo 30— Reflexión final: proteger la infancia, acompañar la identidad	179
Capítulo 31— Bibliografía esencial.....	183
Epílogo: Entre derechos y evidencia, un cierre necesario	187

Mensaje del Equipo Editorial ACUPS

Este libro surge del compromiso con la infancia y la adolescencia. Nuestro objetivo es acompañar a las familias en decisiones complejas, ofreciendo criterios claros, prudentes y basados en evidencia. Creemos en la importancia de la neutralidad clínica, la escucha respetuosa y la ética profesional.

Confiamos en que estas páginas aporten claridad y serenidad, y que se conviertan en un recurso útil tanto para padres como para colegas que buscan orientar sus prácticas con responsabilidad y sensibilidad.

Por ACUPS

Psic. Gloria Hernandez Montenegro

Prólogo

Este libro surge de una necesidad clínica y educativa: ofrecer claridad en un tema que, en los últimos años, se ha vuelto especialmente complejo para familias, docentes y profesionales. La identidad de género en la infancia y la adolescencia requiere un abordaje cuidadoso, basado en evidencia, libre de presiones externas y respetuoso del desarrollo. Y, sobre todo, requiere adultos que puedan acompañar con calma, criterio y presencia.

Hoy observo a padres que tienen dudas genuinas, a docentes que necesitan criterios claros y a profesionales que desean trabajar con rigor, pero se encuentran con discursos contradictorios o simplificados. También observo a menores que expresan malestares diversos, que no siempre se interpretan correctamente, y que a veces reciben respuestas apresuradas o poco ajustadas a su etapa evolutiva. Estas situaciones muestran la necesidad de un material que ordene, aclare y acompañe.

No es una publicación que pretende ofrecer respuestas definitivas ni cerrar discusiones que siguen abiertas. La disforia de género en menores es un campo en evolución, donde la evidencia se revisa y se actualiza de manera constante.

Lo que aquí propongo es una puesta al día actualizada: una síntesis crítica y una mirada clínica que ayude a organizar la información disponible y a comprender mejor los desafíos que enfrentan las nuevas generaciones y sus familias. No se trata de presentar la última palabra —porque nadie la tiene— ni de transmitir una experiencia

personal como si fuera universal, sino de ofrecer un marco conceptual prudente, riguroso y alineado con la evidencia disponible.

Tampoco es un libro que busque imponer una visión o entrar en debates ideológicos. Su propósito es clínico: ordenar, explicar y ofrecer herramientas. Aquí se presentan conceptos básicos y fundamentales del desarrollo, criterios diferenciales, factores contemporáneos que influyen en la identidad y orientaciones prácticas para intervenir sin acelerar, evaluar sin prejuicios y proteger sin imponer. La intención es acompañar, no dirigir; aclarar, no simplificar; sostener, no reemplazar.

Mi deseo es que este material sirva como guía para quienes acompañan a menores, y adolescentes, y que contribuya a un diálogo más claro, más informado y responsable.

Si esta publicación logra que una familia acompañe mejor, que un profesional evalúe mejor, que un menor sea protegido de decisiones irreversibles, entonces habrá cumplido su misión.

Jorge Patpatian

Introducción General del Libro

En los últimos años, la conversación sobre identidad, adolescencia y salud mental se volvió más intensa, más visible y, al mismo tiempo, más confusa. Padres, docentes y profesionales se encuentran frente a discursos contradictorios, información fragmentada y presiones ideológicas y digitales que muchas veces oscurecen la realidad clínica. En este contexto, acompañar a un niño o adolescente puede sentirse como avanzar sin un marco claro.

Este libro surge para ofrecer ese marco.

No es un manifiesto ni una postura ideológica. Tampoco es una opinión personal presentada como verdad. Es una **revisión actualizada**, una **puesta al día rigurosa** y una **síntesis clínica objetiva de la bibliografía más seria disponible hoy** sobre adolescencia, disforia, desarrollo, salud mental y acompañamiento familiar.

Su propósito es ordenar lo que sabemos, aclarar lo que aún está en debate y ofrecer criterios prudentes para la toma de decisiones.

A lo largo de estas páginas, el lector encontrará:

- una explicación clara del desarrollo adolescente y de los factores que influyen en la construcción de identidad;
- una revisión crítica de la evidencia científica sobre intervenciones, riesgos, beneficios y limitaciones;
- recursos prácticos dirigidos a familias, docentes y profesionales, que permiten acompañar con solidez y sin improvisación;

- criterios para distinguir identidad, malestar emocional, presión social y vulnerabilidad;
- orientaciones para intervenir con prudencia, evaluar sin prejuicios y proteger sin imponer.

Este libro no busca simplificar lo complejo ni negar la diversidad de experiencias humanas. Busca, en cambio, recuperar la prudencia clínica, la escucha profunda, el análisis riguroso y el rol protector de la familia y de los adultos responsables. Propone un enfoque que combina evidencia, sentido común, sensibilidad y respeto por los tiempos del desarrollo.

En un mundo donde la información cambia rápido y las decisiones pueden tener consecuencias profundas, esta introducción invita a detenerse, comprender y acompañar con presencia, claridad y humanidad. Ese es el espíritu que guía todo el libro.

Aclaración sobre el lenguaje y los conceptos utilizados en este libro

El lenguaje que utilizamos para hablar de identidad, desarrollo y salud mental ha cambiado con rapidez en los últimos años. Muchos términos que circulan hoy en el debate público provienen de corrientes ideológicas, activismos o marcos teóricos que no siempre son compatibles con la evidencia científica ni con la práctica clínica. Este libro no adopta ese vocabulario, no porque rechacemos la diversidad humana ni porque adhiéramos a posiciones conservadoras, sino porque nuestro propósito es estrictamente clínico, educativo y basado en el desarrollo.

A lo largo del texto utilizamos un **lenguaje científico, preciso y prudente**, centrado en conceptos validados por la literatura médica, psicológica y del desarrollo. Evitamos neologismos, categorías militantes o terminología sin consenso clínico, ya que su uso puede generar confusión, inducir interpretaciones erróneas o transmitir una adhesión ideológica que este libro no incorpora.

Nuestro objetivo es **ofrecer claridad, ordenar la información disponible y acompañar a familias, docentes y profesionales** desde un enfoque responsable, respetuoso y basado en evidencia. El lenguaje que empleamos busca reflejar esa intención: ser comprensible, riguroso y libre de presiones externas.

Esta elección no implica desconocer la sensibilidad del tema ni las experiencias diversas de las personas. Implica, más bien, un compromiso ético con la precisión conceptual, la prudencia clínica y la

protección del desarrollo infantil y adolescente. El lector encontrará, por tanto, un vocabulario coherente con la práctica profesional y con los estándares internacionales de evaluación y acompañamiento.

Parte I

MARCO ÉTICO, HUMANO Y CONCEPTUAL

*El fundamento del libro:
ética, derechos, desarrollo y prudencia.*

Capítulo 1

Este libro no es conservador, ni transfóbico, ni anti-derechos

*La prudencia clínica como principio ético
y no como posición ideológica*

En los últimos años, el abordaje del malestar de género en los menores se ha visto atravesado por discursos polarizados que, en ocasiones, dificultan la práctica clínica. En este contexto, cualquier planteo que incluya evaluación profunda, análisis evolutivo o prudencia puede ser interpretado como una postura política. Sin embargo, en salud mental infantil, la prudencia no es una ideología: es un estándar clínico básico.

Diversas revisiones internacionales han señalado la necesidad de un enfoque más cuidadoso y basado en evidencia. *El Informe Cass* (2024), encargado por el National Health Service (NHS) del Reino Unido, concluye que la atención a menores con disforia de género requiere una evaluación integral, interdisciplinaria y prolongada, debido a la heterogeneidad de los casos y a la falta de evidencia robusta sobre intervenciones tempranas. De forma similar, las guías clínicas de Finlandia (Council for Choices in Health Care, 2020) y las recomendaciones de la Agencia Sueca de Evaluación Médica (SBU, 2022) enfatizan la importancia de priorizar intervenciones psicológicas y de evitar decisiones irreversibles en etapas tempranas del desarrollo.

Estos documentos no representan una postura conservadora, sino una revisión crítica de la evidencia disponible. La literatura científica muestra que el malestar de género en la infancia puede tener múltiples trayectorias, y que una proporción significativa de los niños que presentan incongruencia de género en etapas tempranas no persisten en esa experiencia en la adolescencia o adultez (Steensma et al., 2013; Ristori & Steensma, 2016). Este dato no invalida la vivencia subjetiva del niño, pero sí obliga a un abordaje que contemple la variabilidad evolutiva.

Asimismo, estudios recientes subrayan la relevancia de evaluar comorbilidades como ansiedad, depresión, dificultades de regulación emocional y condiciones del neurodesarrollo, especialmente TEA, que pueden influir en la forma en que el niño o adolescente interpreta su malestar (Kaltiala-Heino et al., 2018; de Graaf et al., 2022). Pasar por alto estas comorbilidades y simplemente validar el malestar referido por el menor equivale a una omisión grave en la práctica clínica.

El propósito de esta publicación es ofrecer un marco conceptual y práctico que permita trabajar con familias, docentes y profesionales desde una perspectiva informada y centrada en el desarrollo. No se trata de invalidar vivencias ni de desestimar lo que expresa la persona en etapa evolutiva, sino de comprender esas manifestaciones dentro de un proceso en construcción, donde la experiencia subjetiva puede estar influida por múltiples factores. Tampoco se busca negar experiencias ni simplificar lo que atraviesa cada menor, sino situarlo en el contexto de una etapa vital en la que la identidad se forma progresivamente y puede verse modulada por elementos internos y externos.

La evaluación clínica profunda, el trabajo con la familia, la observación del desarrollo y la exploración del malestar no son

prácticas ideológicas: son herramientas fundamentales de la salud mental infantil. La evidencia internacional reciente respalda este enfoque y lo posiciona como el estándar más seguro y éticamente responsable.

Este libro se inscribe en esa línea: **acompañar sin acelerar, comprender antes de intervenir y proteger el desarrollo como prioridad clínica.**

No es un libro contra nadie. Es un libro a favor de la buena práctica profesional.

Capítulo 2

Derechos humanos, dignidad y acompañamiento responsable

*Un marco ético para trabajar
con infancia y adolescencia*

El trabajo con la población infantil y adolescente en temas de identidad de género requiere un marco ético sólido que permita orientar las decisiones clínicas, educativas y familiares. Este capítulo presenta los principios fundamentales que guían ese trabajo, basados en estándares internacionales de derechos humanos y en criterios ampliamente aceptados en salud mental infantil.

El punto de partida es claro: todo menor merece ser tratado con dignidad, respeto y protección, independientemente de cómo exprese su malestar o de las palabras que utilice para describirlo. Este principio está presente en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU, 1989), que establece la obligación de los adultos de resguardar el bienestar integral del menor y de actuar siempre en su interés superior.

En el ámbito clínico, este principio se traduce en evitar intervenciones apresuradas, garantizar evaluaciones completas y asegurar que cualquier decisión se tome considerando el desarrollo evolutivo del niño. La literatura en salud mental infantil coincide en que las intervenciones deben ser proporcionales a la etapa del desarrollo y

basadas en evidencia (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2018).

El acompañamiento responsable implica reconocer que el malestar de género puede tener múltiples causas y que no todas requieren el mismo abordaje. Estudios recientes muestran que la presencia de comorbilidades emocionales, dificultades de regulación afectiva o experiencias de estrés pueden influir en la forma en que el niño interpreta su malestar (Kaltiala-Heino et al., 2018). Por ello, la evaluación debe ser amplia, interdisciplinaria y centrada en comprender la trayectoria evolutiva del menor.

Desde la perspectiva de derechos, acompañar no significa afirmar automáticamente ni negar lo que el niño expresa. Significa escuchar, comprender y actuar con prudencia, asegurando que las decisiones no estén condicionadas por presiones externas, expectativas sociales o interpretaciones adultas que exceden la capacidad de comprensión del niño. El *Informe Cass* (2024) subraya que la protección del desarrollo debe ser prioritaria y que las intervenciones irreversibles requieren evidencia sólida, que actualmente es limitada en población menor de edad.

El respeto a la dignidad también implica trabajar con la familia. La *Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente* destaca que el entorno familiar es un factor protector fundamental y que la participación de los padres en el proceso clínico mejora los resultados y reduce el malestar (IACAPAP, 2022). En este sentido, **la exclusión de los padres —o de uno de ellos— en la toma de decisiones o en el proceso clínico, salvo en situaciones excepcionales, no se considera una práctica ética ni recomendable.**

Finalmente, el acompañamiento responsable requiere reconocer la incertidumbre inherente al desarrollo. La identidad en la infancia

y la adolescencia no es un estado fijo, sino un proceso dinámico. La tarea de los adultos es sostener ese proceso sin imponer definiciones prematuras ni decisiones que el niño no está en condiciones de comprender plenamente.

Este capítulo establece el marco ético que guiará todo el libro: proteger, comprender y acompañar, siempre desde la evidencia y el respeto por el desarrollo infantil.

Parte II

COMPRENDER LA INFANCIA Y LA IDENTIDAD

*Cómo entender la identidad infantil
y diferenciar exploración, malestar y prevención.*

Capítulo 3

Comprender la identidad de género en la infancia

Desarrollo – Simbolización- Variabilidad evolutiva

El trabajo clínico con menores requiere comprender cómo se construyen las nociones de cuerpo, rol, pertenencia y diferencia a lo largo del desarrollo. La identidad de género no aparece de manera súbita ni se forma como un concepto abstracto desde edades tempranas; se va configurando a partir de procesos cognitivos, emocionales y sociales que evolucionan con el tiempo.

La literatura del desarrollo infantil coincide en que los menores no manejan categorías estables de identidad, sino que operan con nociones concretas y cambiantes. Estudios clásicos en psicología evolutiva (Kohlberg, 1966; Martin & Ruble, 2004) muestran que la comprensión del género atraviesa etapas: primero se reconoce la diferencia entre “niño” y “niña”, luego se adquiere la constancia de género y, más adelante, se integran aspectos simbólicos y sociales. Este proceso no es lineal ni uniforme.

En la primera infancia, las expresiones relacionadas con el género suelen estar vinculadas al juego, la imitación y la exploración. Pueden adoptar roles diversos, experimentar con disfraces o identificarse momentáneamente con personajes de distintos géneros sin que esto represente una definición estable. La investigación en desarrollo simbólico señala que el juego de roles es una herramienta

fundamental para elaborar emociones, integrar experiencias y ensayar posibilidades (Singer & Singer, 2005).

A medida que avanza la edad escolar, comienzan a incorporar normas sociales y expectativas culturales. Sin embargo, esta etapa también se caracteriza por la flexibilidad y la experimentación. La preferencia por actividades, vestimenta o estilos no constituye por sí misma un indicador clínico. La literatura coincide en que la variabilidad en intereses y comportamientos es amplia y forma parte del desarrollo típico (Egan & Perry, 2001).

En algunos casos, pueden expresar malestar con su cuerpo o con los roles asociados al género. Este malestar puede tener múltiples significados y no siempre se relaciona con una incongruencia persistente. La evaluación clínica debe considerar factores emocionales, familiares, temperamentales y contextuales. Investigaciones recientes subrayan que la presencia de ansiedad, dificultades de regulación emocional o experiencias de estrés pueden influir en la forma en que los menores interpretan y verbalizan su malestar (Zucker, 2017).

Es importante distinguir entre exploración, variabilidad y malestar significativo. La exploración forma parte del desarrollo; la variabilidad es esperable; el malestar persistente requiere evaluación. La literatura muestra que, en la mayoría de los casos, las expresiones de incongruencia en la infancia no se mantienen en la adolescencia (Steensma et al., 2013; Ristori & Steensma, 2016). Este dato no invalida la vivencia del niño, pero sí orienta a un abordaje prudente y evolutivo.

Comprender la identidad de género en la infancia implica reconocer que el menor está construyendo significados, no declarando definiciones cerradas. La tarea de los adultos es acompañar ese proceso sin apresurarlo, sin interpretaciones adultas que excedan la

capacidad simbólica de la infancia y sin decisiones que no corresponden a su etapa evolutiva.

Este capítulo establece un punto central para el resto del libro: **la identidad en la infancia es un proceso en desarrollo**, influido por factores internos y externos, y requiere una mirada clínica que respete los tiempos del niño y la complejidad de su mundo emocional.

Capítulo 4

Disforia de género en la infancia: qué es y qué no es

*Criterios Clínicos - Diferenciación -
Trayectorias evolutivas*

El término “disforia de género” se utiliza con frecuencia en el debate público, pero su significado clínico es específico y no debe confundirse con expresiones de malestar, exploración o variabilidad en la infancia. En este capítulo se presentan los criterios fundamentales para comprender qué constituye disforia de género en niños, qué no lo es y por qué la diferenciación es esencial para una práctica responsable.

Desde una perspectiva diagnóstica, **la disforia de género en la infancia se define como un malestar significativo y persistente frente al propio sexo biológico, acompañado del deseo intenso de pertenecer al otro sexo y de asumir los roles sociales vinculados a él.**

El DSM-5 TR describe este cuadro como la combinación de un malestar clínicamente relevante con una incongruencia marcada entre la experiencia interna del menor y las características corporales o sociales de su sexo. El diagnóstico requiere, además, que este malestar sea sostenido en el tiempo, interfiera en la vida cotidiana y no pueda explicarse mejor por otros factores emocionales o evolutivos.

Es importante subrayar que **la mayoría de los comportamientos, preferencias o expresiones relacionadas con el género en la infancia no constituyen disforia**. La literatura en desarrollo infantil muestra que los niños pueden adoptar roles diversos, explorar identidades simbólicas o expresar incomodidad con ciertos estereotipos sin que esto represente un cuadro clínico (Martin & Ruble, 2004). La exploración forma parte del desarrollo; la disforia implica malestar significativo.

La investigación longitudinal ha mostrado que las trayectorias evolutivas son heterogéneas. Estudios clásicos y recientes indican que una proporción considerable de los niños que presentan incongruencia o malestar en la infancia no mantienen esa experiencia en la adolescencia (Steensma et al., 2013; Ristori & Steensma, 2016). Este dato no invalida la vivencia del niño, pero sí orienta hacia un abordaje prudente, centrado en comprender el malestar y no en asumir una trayectoria fija.

La diferenciación clínica también requiere considerar comorbilidades. Investigaciones en salud mental infantil señalan que síntomas de ansiedad, dificultades de regulación emocional, experiencias de estrés o condiciones del neurodesarrollo pueden influir en la forma en que el niño interpreta su cuerpo o su rol social (Kaltiala-Heino et al., 2018). En estos casos, el malestar puede estar relacionado con factores emocionales o contextuales más amplios, y no necesariamente con una incongruencia persistente.

Por otro lado, **no todo malestar corporal es disforia**. En la infancia, el cuerpo es un territorio en construcción simbólica. Los menores pueden expresar incomodidad con partes del cuerpo, con expectativas sociales o con dinámicas familiares sin que esto represente un conflicto identitario. La evaluación clínica debe distinguir

entre malestar inespecífico, dificultades emocionales y disforia propiamente dicha.

El Informe Cass (2024), como veremos más adelante, enfatiza que la evaluación de la disforia en menores debe ser amplia, interdisciplinaria y prolongada, debido a la complejidad del fenómeno y a la falta de evidencia robusta sobre intervenciones tempranas. Este enfoque coincide con las recomendaciones de Finlandia (2020) y Suecia (2022), que priorizan intervenciones psicológicas y un análisis profundo del contexto familiar, emocional y evolutivo.

Comprender qué es y qué no es disforia de género en la infancia permite evitar diagnósticos apresurados, intervenciones inadecuadas y lecturas adultas que no corresponden a la etapa evolutiva del menor. La tarea clínica consiste en diferenciar, contextualizar y comprender, no en etiquetar ni en asumir trayectorias futuras.

Este capítulo establece un punto central para los siguientes: el malestar de género en la infancia requiere evaluación, no interpretación automática; acompañamiento, no aceleración; y una mirada evolutiva que respete la complejidad del desarrollo infantil.

Capítulo 5

¿Podemos prevenir la disforia de género y la confusión en la identidad?

Prevención – Detección – Acompañamiento

Estrategias tempranas para reducir riesgos de confusión identitaria y favorecer un desarrollo saludable

El título de este capítulo nos invita a detenernos en una cuestión delicada y profundamente humana: la posibilidad de prevenir la disforia de género y la confusión en la identidad. La pregunta no pretende ofrecer una respuesta cerrada ni definitiva, sino abrir un espacio de reflexión.

En el camino del desarrollo identitario, las personas atraviesan experiencias diversas, algunas marcadas por dudas, tensiones o incomodidades respecto a quiénes son y cómo se perciben. Hablar de prevención en este terreno no significa negar la complejidad de la identidad, ni reducirla a fórmulas simples. Más bien, implica preguntarnos qué condiciones sociales, familiares y culturales favorecen el bienestar, la claridad y la autenticidad en la construcción de la identidad y qué factores la confunden.

Este capítulo busca explorar los factores que pueden acompañar —o dificultar— ese proceso. La pregunta inicial funciona como invitación: más que responderla de manera tajante, nos anima a pensar juntos en cómo crear entornos que permitan que cada persona viva su identidad alineada a todas las dimensiones de su sexualidad.

Fortalecer la identidad infantil y reducir factores de riesgo

La disforia de género en la infancia es poco frecuente, pero el malestar identitario puede aparecer cuando los niños reciben mensajes contradictorios sobre su cuerpo, su desarrollo o su pertenencia. La prevención, en términos clínicos, no busca dirigir la identidad futura del menor, sino proteger su desarrollo, reducir factores de riesgo y evitar que dudas pasajeras se transformen en angustia.

La literatura en salud mental infantil coincide en que el desarrollo de la identidad requiere claridad, estabilidad y coherencia. Cuando estos elementos se ven alterados, aumenta la vulnerabilidad emocional y la posibilidad de interpretaciones confusas sobre el propio cuerpo o el rol social.

La identidad infantil necesita claridad, no ambigüedad

Los niños construyen su identidad a partir de su cuerpo, de la educación que reciben, de la mirada de los adultos y de la estabilidad emocional que les rodea. Por eso, la claridad temprana es el mayor factor protector.

Los niños necesitan reconocer quiénes son, comprender el funcionamiento de su cuerpo, recibir explicaciones simples sobre las diferencias sexuales, anticipar los cambios de la pubertad y contar con adultos que nombren correctamente el cuerpo.

Sobre todo, necesitan sentir la seguridad que les transmiten los adultos acerca de una identidad coherente con su sexo biológico. Cuando esa claridad está presente, la identidad se fortalece, la autoestima se consolida y la estabilidad emocional se convierte en un recurso protector frente a la confusión.

La coherencia educativa fortalece la identidad corporal

A la claridad se suma la coherencia educativa. La coherencia entre el cuerpo del menor y la educación que recibe es un factor protector decisivo. **Educar de acuerdo con el sexo biológico, con afecto y consistencia, no es una imposición cultural: es psicología del desarrollo.**

Cuando los adultos transmiten mensajes claros y consistentes, el niño entiende quién es, se siente seguro, desarrolla una identidad estable, integra su cuerpo de manera positiva y queda protegido frente a confusiones externas.

En cambio, cuando esa coherencia falta —o se introducen dudas innecesarias— pueden aparecer ansiedad, inseguridad, confusión identitaria y mayor vulnerabilidad frente a discursos externos. La coherencia educativa no determina todo, pero influye profundamente en cómo un niño integra su identidad y vive su sexualidad en el futuro.

Claridad y coherencia son los dos pilares que sostienen la identidad infantil. Allí donde se transmiten con firmeza y afecto, los niños crecen con confianza, orgullo y estabilidad.

Evitar mensajes contradictorios que generan confusión

Los niños se confunden cuando escuchan frases como “vos elegís tu género” o “tu cuerpo no dice quién sos”. Estos mensajes no corresponden a la etapa evolutiva, no son consistentes con la evidencia del desarrollo y pueden desencadenar malestar identitario. La identidad infantil no es una elección: es un proceso de desarrollo.

Proteger a los niños de influencias externas e ideológicas

Hoy existen discursos que presentan la identidad como algo flexible o independiente del cuerpo. Los niños no tienen madurez cognitiva ni emocional para procesar estas ideas. Por eso, los adultos deben filtrar contenidos escolares, materiales de ONG, influencers, redes sociales y grupos de pares.

Estudio comparativo entre la tendencia internacional y Uruguay

Europa: giro hacia la prudencia clínica. En países como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega y Francia, se han restringido las intervenciones afirmativas en menores. La razón principal es la falta de evidencia de beneficios sostenidos, los riesgos detectados en bloqueadores y hormonización temprana, y la necesidad de evaluaciones clínicas más profundas. La prioridad actual es acompañamiento psicológico, exploración prolongada y protección del desarrollo.

Uruguay: predominio de la afirmación rápida. En Uruguay, aunque existió una tradición médica que valoraba la racionalidad y la prudencia, en la práctica actual se observa un fuerte predominio de la terapia afirmativa. Colectivos sociales, instituciones educativas y redes de profesionales amigables a la intervención afirmativa promueven cambios sociales inmediatos, validación automática y narrativas ideológicas que pueden desplazar a la participación de la familia y a una evaluación clínica profunda. Esto genera un escenario contradictorio: mientras Europa retrocede hacia la cautela, Uruguay avanza hacia la afirmación acelerada, con riesgo de fijar identidades prematuras y medicalizar el malestar adolescente.

Factores protectores que reducen el riesgo de malestar identitario

La literatura clínica identifica factores como claridad sobre el cuerpo y el desarrollo, educación coherente con el sexo biológico, vínculo seguro con los padres, modelos familiares estables, supervisión digital, límites afectivos y autoestima corporal positiva.

Señales tempranas que requieren atención clínica

Requieren atención el rechazo corporal persistente, la angustia frente a la pubertad, el aislamiento, los discursos rígidos sobre el cuerpo, la influencia intensa de redes sociales y los cambios bruscos en la autoimagen.

La prevención como acompañamiento, no como intervención

La prevención no busca dirigir la identidad futura del menor. Busca proteger su desarrollo, reducir factores de riesgo, fortalecer recursos familiares, evitar decisiones prematuras y sostener la maduración emocional. Claridad y coherencia son las bases de ese acompañamiento: dos pilares que, unidos, ofrecen seguridad y estabilidad frente a la confusión.

Puntos esenciales

- La identidad infantil necesita claridad y categorías estables, no ambigüedad.
- La coherencia educativa con el sexo biológico fortalece la autoestima y la seguridad.

- Mensajes contradictorios generan confusión y ansiedad en los niños.
- Europa restringe la terapia afirmativa en menores, priorizando prudencia clínica.
- Uruguay muestra lo contrario, un predominio de la terapia afirmativa rápida, impulsada por colectivos sociales y educativos.
- Los adultos deben proteger de influencias externas e ideológicas.
- Factores protectores clave: vínculo seguro, supervisión digital, límites afectivos y autoestima corporal positiva.
- Señales tempranas de alerta requieren evaluación clínica interdisciplinaria.
- La prevención es acompañamiento: proteger, dar tiempo.

Capítulo 6

Factores de riesgo traumáticos y familiares de la confusión identitaria

Trauma – Rechazo – Ausencia

La construcción de la identidad es un proceso complejo que depende de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, existen experiencias traumáticas y dinámicas familiares que pueden desorganizar este proceso y aumentar la vulnerabilidad a la confusión identitaria. Entre ellas, el abuso sexual infantil, el rechazo parental y la ausencia de modelos adecuados de identificación. Este capítulo se propone analizar estos factores traumáticos y familiares mostrando cómo afectan la consolidación del yo y cómo deben ser considerados en cualquier análisis clínico o social.

El abuso sexual infantil como factor traumático de la confusión identitaria

El abuso sexual infantil constituye uno de los factores traumáticos más graves en el desarrollo psicológico y social de una persona. Se trata de una experiencia que ocurre, sobre todo, dentro de un marco de confianza —familia, escuela, comunidad— y que rompe de manera abrupta la seguridad básica que el niño necesita para construir su identidad.

La literatura clínica coincide en que el abuso sexual en la infancia afecta la integración del yo, generando fragmentación, sentimientos

de culpa, vergüenza y dificultades para establecer vínculos seguros. Mebarak-Chams et al. (2023) señalan que la victimización temprana altera la narrativa coherente de la identidad personal, debilitando la autoestima y aumentando el riesgo de trastornos emocionales en la adolescencia y adultez. UNICEF (2021) advierte que las secuelas incluyen ansiedad, depresión, disociación y mayor vulnerabilidad a conductas autodestructivas.

Desde la perspectiva del desarrollo identitario, el abuso sexual interfiere en la capacidad del niño de integrar experiencias corporales y emocionales en una identidad estable. La experiencia traumática introduce una contradicción: el cuerpo, que debería ser fuente de seguridad y pertenencia, se convierte en escenario de dolor y confusión. Esto puede derivar en una percepción distorsionada del propio cuerpo y en dificultades para asumir roles sociales coherentes.

Las consecuencias se manifiestan en distintos niveles: a corto plazo con cambios bruscos de conducta, miedo, aislamiento y regresión en el desarrollo; a largo plazo, estrés postraumático, ideación suicida, trastornos alimenticios y problemas en la interacción social (Carmenate González, 2023), Estas situaciones pueden derivar también en confusiones identitarias.

El rechazo al progenitor del mismo sexo

La relación con el progenitor del mismo sexo constituye un eje fundamental en la construcción de la identidad. Desde la teoría del apego y los modelos de identificación parental, se reconoce que el niño necesita un referente claro y seguro para consolidar su autoestima, comprender su rol social y elaborar una narrativa coherente de sí mismo (Bowlby, 1988; Lamb, 2012).

Cuando el progenitor del mismo sexo transmite aceptación, validación y afecto, el niño desarrolla confianza en su identidad y seguridad en su pertenencia. En cambio, el rechazo parental erosiona la autoestima, genera inseguridad y puede inducir confusión respecto a la identidad de género y al rol social. Este rechazo puede manifestarse en críticas constantes, indiferencia emocional, ausencia de reconocimiento o incluso en actitudes de hostilidad hacia la expresión del hijo o hija.

El rechazo al progenitor del mismo sexo no solo afecta la identidad de género, sino también la integración del yo en su dimensión social. La ausencia de un modelo de identificación positivo limita la capacidad del niño de asumir roles coherentes y de establecer relaciones seguras.

La ausencia de modelos adecuados de identificación

La identidad se construye no solo a partir de la experiencia personal, sino también de los modelos de identificación que el niño encuentra en su entorno. Padres, cuidadores, docentes y figuras comunitarias funcionan como referentes que transmiten valores, roles y narrativas sobre quién se es y cómo se pertenece. Cuando estos modelos están ausentes, distorsionados o son contradictorios, el proceso de construcción identitaria se ve debilitado.

La psicología del desarrollo ha mostrado que los niños necesitan figuras consistentes y confiables para elaborar una identidad estable. Erikson subrayó que la etapa de la adolescencia implica una crisis de identidad versus confusión de roles, donde la presencia de referentes claros es decisiva para superar la crisis. En ausencia de modelos adecuados, los adolescentes tienden a buscar identificación en grupos de pares o en entornos digitales, lo que puede derivar en narrativas rígidas, influencias externas poco saludables o incluso en

la adopción de discursos ideológicos que no responden a su maduración emocional (Steinberg, 2014).

La falta de modelos positivos también se vincula con la inseguridad emocional y la dificultad para integrar el cuerpo en una narrativa coherente. Lamb (2012) destaca que la presencia activa del padre y la madre en el desarrollo del niño es un factor protector frente a la confusión identitaria. Cuando estas figuras están ausentes o transmiten mensajes contradictorios, el niño queda expuesto a la ambigüedad y a la búsqueda de validación externa.

Integración teórica

Los factores traumáticos y familiares analizados —abuso sexual, rechazo parental y ausencia de modelos de identificación— pueden entenderse como rupturas en la base segura que el niño necesita para consolidar su identidad.

Como ya lo había señalado Erikson (1968), la adolescencia constituye una etapa de crisis de identidad versus confusión de roles, en la cual la presencia de vínculos seguros y modelos claros resulta decisiva para superar la crisis y alcanzar una identidad coherente. Aunque formulada hace décadas, esta perspectiva sigue siendo referencia obligada en la psicología del desarrollo, porque describe procesos universales que se observan en distintas generaciones y contextos culturales.

Del mismo modo, Bowlby (1988), pionero en la teoría del apego, advertía que el apego seguro constituye la base de un desarrollo emocional saludable. Sus investigaciones mostraron que la confianza en los vínculos tempranos es el cimiento sobre el cual se construye la seguridad identitaria. Aun cuando hoy existan nuevas corrientes en estudios de género, estas aportaciones clásicas siguen siendo

fundamentales para comprender cómo la falta de vínculos seguros y modelos consistentes puede aumentar la vulnerabilidad a la confusión identitaria.

Los aportes históricos de Erikson y Bowlby como la evidencia clínica contemporánea coinciden en un punto: la identidad se fortalece en la medida en que el niño cuenta con claridad, coherencia y vínculos protectores. Cuando estas condiciones se ven alteradas por traumas o carencias familiares, el riesgo de confusión identitaria se incrementa, y cualquier análisis clínico responsable debe tenerlo en cuenta antes de considerar intervenciones médicas afirmativas.

En conclusión, los factores traumáticos y familiares analizados —el abuso sexual, el rechazo parental y la ausencia de modelos adecuados de identificación— muestran que la confusión identitaria no surge en un vacío, ni puede explicarse únicamente como una expresión espontánea de diversidad. La evidencia clínica y psicológica demuestra que estas experiencias condicionan el desarrollo del yo, fragmentan la narrativa identitaria y aumentan la vulnerabilidad emocional.

Por tanto, la idea de que la disforia o la transexualidad son siempre expresiones “naturales” de diversidad queda relativizada: existen condiciones previas que influyen y que deben ser consideradas antes de cualquier intervención médica. La prudencia clínica exige reconocer que el malestar identitario puede estar vinculado a traumas, rechazos o carencias familiares, y que la respuesta no puede reducirse a la afirmación médica inmediata.

En continuidad con el Capítulo 5, esta conclusión refuerza que la prevención y el acompañamiento no buscan dirigir la identidad futura del menor, sino proteger su desarrollo frente a riesgos traumáticos y familiares, ofreciendo claridad, coherencia y vínculos seguros. Solo desde esa base se puede garantizar un proceso identitario

auténtico y saludable, sin apresurar decisiones médicas que podrían fijar de manera prematura una identidad condicionada por factores externos.

Puntos esenciales

- El abuso sexual infantil fragmenta la identidad y genera vulnerabilidad extrema.
- El rechazo parental del mismo sexo erosiona la autoestima y confunde la identificación de género.
- La ausencia de modelos adecuados deja al niño expuesto a influencias externas poco saludables.
- Estos factores no determinan el futuro, pero aumentan el riesgo de confusión identitaria.
- La prudencia clínica exige reconocer estos condicionantes antes de cualquier intervención médica afirmativa.

Parte III

FACTORES CONTEMPORANEOS QUE INFLUYEN EN LA IDENTIDAD

*Redes, cultura digital, familia, escuela
y narrativas que moldean el malestar actual.*

Capítulo 7

Redes sociales: un factor predisponente y afirmativo del malestar

Identidad - Autoimagen - Percepción corporal

Cómo influyen en la identidad, la autoimagen y la percepción del cuerpo

Las redes sociales se han convertido en uno de los entornos más influyentes en la vida emocional y cognitiva de niños y adolescentes. Su impacto en la identidad, la autoimagen y la percepción del cuerpo es profundo, especialmente en etapas donde la identidad aún está en construcción. Este capítulo analiza cómo las redes pueden predisponer, amplificar o afirmar malestares que luego se interpretan como conflictos identitarios.

La literatura reciente muestra que los adolescentes son particularmente sensibles a contenidos que ofrecen explicaciones rápidas para malestares complejos, especialmente cuando existen comorbilidades emocionales o dificultades de regulación. Las redes no solo informan: modelan, refuerzan y normalizan narrativas que pueden influir en la forma en que el menor interpreta su mundo interno.

Las redes sociales como amplificadoras del malestar emocional.

Los adolescentes utilizan las redes para buscar pertenencia, validación y modelos de identificación. Esto los vuelve vulnerables

a discursos simplificados, comunidades digitales que refuerzan malestares, algoritmos que intensifican contenidos sensibles y narrativas que ofrecen explicaciones inmediatas. Los algoritmos tienden a reforzar aquello que el usuario busca, generando cámaras de eco emocionales. Un adolescente que busca alivio para su ansiedad o incomodidad corporal puede quedar expuesto a contenidos que interpretan ese malestar como un conflicto identitario.

La afirmación automática como riesgo evolutivo.

En redes sociales, la lógica dominante es la afirmación inmediata: “si lo sentís, es verdad”, “si lo pensás, es quien sos”, “si dudás, es porque estás descubriendo tu identidad”. Estos mensajes no consideran la etapa evolutiva, no contemplan comorbilidades, no distinguen entre exploración y malestar y pueden fijar narrativas prematuras. La afirmación automática reduce la capacidad de introspección, desalienta la evaluación clínica y puede consolidar interpretaciones rígidas del malestar.

Influencers, comunidades y contagio social.

Las redes pueden moldear y afirmar la identidad percibida del adolescente, incluso cuando surge en un contexto de confusión emocional. Los adolescentes encuentran comunidades que validan cualquier autodefinición sin evaluación, influencers que presentan la identidad percibida como verdad incuestionable y narrativas que interpretan cualquier malestar como señal de una identidad oculta. La literatura describe fenómenos de contagio social y narrativo, donde grupos de adolescentes adoptan etiquetas identitarias como forma de organizar su malestar. En este contexto, la identidad percibida no surge de un proceso interno profundo, sino de la necesidad de pertenecer, la búsqueda de una explicación rápida y la presión de comunidades que celebran la autoafirmación sin matices.

La vulnerabilidad de los adolescentes con dificultades emocionales.

Aquellos con ansiedad, depresión, baja autoestima, dificultades de regulación emocional, TEA, bullying o aislamiento social son especialmente vulnerables a interpretar su malestar a través de narrativas identitarias encontradas en redes. Estos adolescentes buscan explicaciones externas para su malestar interno, y las redes ofrecen respuestas rápidas y emocionalmente atractivas.

La exposición temprana a contenidos no adecuados a la etapa evolutiva.

Los niños y preadolescentes no tienen capacidad cognitiva para procesar conceptos abstractos como identidad fluida, autopercepción o separación entre cuerpo e identidad. Cuando estos conceptos se presentan sin mediación adulta, pueden generar confusión, ansiedad, interpretaciones literales y miedo a equivocarse sobre quiénes son. La exposición temprana a contenidos ideológicos no adaptados a la edad es un factor de riesgo para la confusión identitaria.

El rol de los padres: supervisión, límites y acompañamiento.

La prevención del impacto negativo de las redes requiere supervisión activa, límites claros, acompañamiento emocional, conversaciones abiertas, regulación del tiempo de pantalla y filtrado de contenidos. Los padres no deben espiar, pero sí estar presentes. La ausencia de supervisión digital es un factor de riesgo reconocido en múltiples estudios sobre salud mental adolescente.

Las redes como factor afirmativo, no evaluativo.

Las redes no evalúan: afirman. No contextualizan: refuerzan. No preguntan: validan. Por eso, cuando un adolescente con malestar emocional busca respuestas en redes, encuentra explicaciones

rápidas, comunidades que lo reciben sin preguntas y discursos que interpretan su malestar como identidad. El Informe Cass advierte que este fenómeno puede influir en la forma en que los adolescentes interpretan su malestar, especialmente cuando no existe acompañamiento clínico.

En conclusión, las redes sociales no crean la disforia de género, pero pueden moldear, afirmar y fijar la identidad percibida del adolescente, especialmente cuando existe malestar emocional previo. Su influencia no es neutra: amplifican lo que el adolescente siente, refuerzan lo que piensa y validan cualquier interpretación que encuentre alivio inmediato. En ausencia de adultos que acompañen, las redes ocupan ese lugar, no para comprender ni explorar, sino para afirmar sin evaluación. Por eso, la tarea de los adultos —padres, docentes y profesionales— es indispensable: proteger, contextualizar y acompañar, evitando que un malestar legítimo sea interpretado de manera literal o reduccionista por discursos externos que el adolescente no está en condiciones de filtrar.

Puntos esenciales

Las redes amplifican el malestar emocional y crean cámaras de eco.

- La afirmación automática fija narrativas prematuras y rígidas.
- Influencers y comunidades digitales pueden generar contagio social identitario.
- Adolescentes con dificultades emocionales son especialmente vulnerables.

- La exposición temprana a conceptos abstractos sin mediación adulta genera confusión.
- La supervisión parental activa es un factor protector clave.
- Las redes afirman sin evaluar, reforzando narrativas sin matices.
- La tarea de los adultos es proteger, contextualizar y acompañar.

Capítulo 8

El rol de los padres: acompañar sin acelerar

Prudencia – Guía - Contención

Qué hacer —y qué no hacer— cuando un hijo dice “no sé quién soy”

Hay momentos en la vida familiar que llegan sin aviso. Un hijo se sienta, baja la mirada, respira hondo y dice algo que descoloca: “Creo que no soy quien ustedes piensan”, “Me siento distinto”, “No sé si soy nena o varón”, “No me gusta mi cuerpo”. Para muchos padres, ese instante se vive como un terremoto. No porque no amen a su hijo, sino porque no saben qué hacer con lo que escuchan. Y en ese desconcierto, es fácil caer en dos extremos: afirmar de inmediato por miedo a lastimar, o negar y minimizar por miedo a que algo grave esté pasando. Ninguno de esos caminos ayuda. Lo que un hijo necesita en ese momento es algo mucho más simple y a la vez más difícil: un adulto que pueda quedarse ahí, presente, sin apurarse a resolver.

Cuando un hijo habla, lo primero que necesita es que lo escuchen.

Escuchar no es asentir ni confirmar. Escuchar es permitir que el hijo despliegue lo que siente, sin miedo a ser juzgado ni empujado a definirse. Es sostener el espacio para que pueda poner en palabras algo que muchas veces ni él mismo entiende del todo. Los adolescentes no buscan diagnósticos: buscan un adulto que no se derrumbe.

La presencia emocional: el verdadero antídoto contra la confusión.

Un hijo que atraviesa dudas identitarias necesita padres que estén ahí, incluso cuando no saben qué decir. La presencia emocional no es un discurso perfecto: es una postura. Es transmitir con el cuerpo y con la voz: “Estoy acá”, “Podés hablar”, “No voy a desaparecer”, “No voy a empujarte a nada”, “Vamos a entender esto juntos”. La presencia calma; la prisa confunde.

Acompañar no es acelerar.

Muchos padres sienten que, si no afirman de inmediato, están fallando. Pero acompañar no significa acelerar procesos que todavía no se comprenden. Acompañar es dar tiempo, hacer preguntas abiertas, explorar el contexto, entender qué está pasando alrededor, observar cómo evoluciona el malestar y permitir que el hijo piense sin presión. La identidad no se define en un instante: la adolescencia es un territorio de búsqueda, no de certezas.

Nombrar lo que pasa sin convertirlo en identidad.

A veces, detrás de un “creo que soy...” hay ansiedad, tristeza, baja autoestima, miedo a la pubertad, rechazo corporal, presión de pares, influencia de redes, experiencias de bullying o necesidad de pertenecer. Los padres pueden ayudar a diferenciar entre lo que el hijo siente y lo que cree que eso significa. Nombrar el malestar es una forma de aliviarlo; convertirlo en identidad demasiado rápido puede fijarlo.

La afirmación automática: una trampa bienintencionada.

Muchos padres, por amor o por presión social, sienten que deben decir: “Si lo sentís, es así.” Pero esa frase deja al adolescente solo con su interpretación, sin un adulto que lo ayude a pensar. Afirmer sin comprender no es acompañar: es retirarse del rol adulto. Los

hijos no necesitan que los padres confirmen identidades, sino que los acompañen a entender qué les pasa.

Sostener la incertidumbre: el acto más maduro del amor parental.

La incertidumbre incomoda. Los padres quieren respuestas claras y diagnósticos que ordenen. Pero la adolescencia es, por naturaleza, un tiempo de preguntas. Sostener la incertidumbre es un acto de amor profundo: decirle al hijo “No necesito que tengas todo resuelto para quererte. Podemos transitar este proceso juntos, paso a paso.”

Proteger del ruido externo sin controlar.

Los padres no pueden controlar el mundo digital, pero sí pueden proteger regulando tiempos de pantalla, conversando sobre lo que ven, ayudando a interpretar contenidos, evitando que las redes se conviertan en la única fuente de sentido y ofreciendo un espacio donde pensar sin presión. No se trata de prohibir, sino de acompañar.

Son padres, no amigos ni terapeutas.

Los hijos necesitan adultos que pongan límites, sostengan la estructura, regulen el entorno, ofrezcan calma y no se dejen arrastrar por la urgencia. Un padre que acompaña no es un padre que sigue: es un padre que guía.

Buscar ayuda profesional cuando el malestar lo requiere.

Acompañar no significa resolver solos. Cuando el malestar es intenso, persistente o afecta la vida cotidiana, es necesario consultar a profesionales con experiencia en desarrollo, salud mental y evaluación integral. No todos los profesionales trabajan del mismo modo, por lo que es clave elegir enfoques prudentes y no ideologizados. Buscar ayuda es un acto de amor; elegir bien a quién se consulta también lo es.

En síntesis, cuando un hijo expresa dudas sobre su identidad, lo que más necesita no es una respuesta rápida, sino un adulto que pueda sostener el proceso. Acompañar sin acelerar es ofrecer un

espacio donde el adolescente pueda pensar, sentir y madurar sin presiones externas ni decisiones apresuradas. El rol de los padres es insustituible. Su presencia es el mayor factor protector, su calma el mejor antídoto contra la confusión y su amor, bien orientado, la base sobre la cual un hijo puede crecer sin miedo.

Puntos esenciales

- Escuchar no es confirmar: es sostener el espacio para que el hijo hable.
- La presencia emocional calma más que cualquier discurso.
- Acompañar significa dar tiempo, no acelerar procesos.
- Nombrar el malestar ayuda; convertirlo en identidad demasiado rápido lo fija.
- La afirmación automática deja al adolescente solo con su interpretación.
- Sostener la incertidumbre es un acto de amor profundo.
- Proteger del ruido externo requiere supervisión y acompañamiento, no control rígido.
- Los padres deben ser adultos que guían, no amigos que siguen.
- Buscar ayuda profesional prudente es cuidado, no fracaso.
- El rol de los padres es insustituible: su calma y amor son el mayor factor protector.

Capítulo 9

El rol de la escuela: contención sin intervención acelerada

*Contención pedagógica — Límites del rol docente —
Neutralidad educativa*

Cómo acompañar desde el aula sin reemplazar a la familia ni al equipo clínico

En la escuela, los docentes escuchan frases que no siempre llegan primero a casa. Un alumno se acerca después de clase, baja la voz y dice: “No sé quién soy”, “No me siento bien con mi cuerpo”, “Creo que soy distinto”, “Quiero que me llamen de otra manera”. Para muchos educadores, ese momento es tan inesperado como delicado. Quieren ayudar, pero no saben cuál es el límite entre acompañar y sobrepasar su rol. La escuela es un espacio fundamental en la vida emocional de niños y adolescentes, pero no es un consultorio clínico ni un sustituto de la familia. Su función es contener, observar, comunicar y proteger, sin intervenir de manera acelerada ni tomar decisiones que no le corresponden.

La escuela es un espacio de contención, no de diagnóstico.

Cuando un estudiante expresa malestar identitario, la escuela no debe diagnosticar, confirmar identidades, sugerir transiciones, recomendar cambios sociales inmediatos ni actuar como si fuera un equipo clínico. Sí debe escuchar, contener, registrar, comunicar a la familia y acompañar sin apresurar. La contención

es un acto educativo; el diagnóstico es un acto clínico. No deben confundirse.

Escuchar sin intervenir más allá del rol educativo.

Un docente puede ser un adulto significativo, pero no debe convertirse en terapeuta ni en referente identitario. La escucha escolar tiene un marco: disponibilidad, respeto, calma y límites claros. Escuchar no significa validar narrativas externas ni adoptar un rol que no corresponde. Significa ofrecer un espacio seguro donde el estudiante pueda hablar sin miedo, mientras la escuela deriva, comunica y acompaña.

La importancia de comunicar a la familia.

La escuela no puede ni debe guardar secretos que involucren la salud emocional del alumnado. Cuando un alumno expresa malestar identitario, la institución tiene la responsabilidad ética de informar a la familia, compartir lo escuchado, evitar decisiones unilaterales y propiciar el trabajo conjunto. La familia es el primer entorno afectivo. La escuela acompaña, pero no reemplaza.

Evitar intervenciones aceleradas dentro del ámbito escolar.

En los últimos años, algunas instituciones educativas han sentido presión para cambiar nombres, modificar pronombres, adaptar baños, reorganizar espacios o intervenir sin evaluación clínica ni participación familiar. Estas intervenciones, aunque bienintencionadas, pueden fijar narrativas prematuras, intensificar la confusión, generar conflictos familiares, interferir con la evaluación profesional y colocar a la escuela en un rol que no le corresponde. La prudencia no es falta de apoyo: es respeto por el desarrollo y por los procesos clínicos.

Evitar interpretaciones sesgadas: cuando la mirada ideológica reemplaza la mirada educativa.

En algunos contextos, la educación sexual escolar se ha estructurado casi exclusivamente desde una perspectiva de género. Aunque la intención sea promover inclusión y respeto, puede generar un sesgo interpretativo que lleve a leer cualquier malestar como indicador identitario. Esto invisibiliza factores como ansiedad, bullying, trauma o presión de pares, apresura conclusiones y desplaza a la familia y a los profesionales. La escuela debe mantener una mirada amplia, educativa y prudente, que permita escuchar sin etiquetar, acompañar sin definir y proteger sin intervenir más allá del rol institucional.

El aula como espacio de observación privilegiada.

Los docentes ven cosas que a veces la familia no ve: cambios de humor, aislamiento, dificultades sociales, presión de pares, imitaciones, consumo de contenido digital, señales de ansiedad o depresión. La escuela puede aportar información valiosa para la evaluación clínica, siempre que lo haga con claridad, sin interpretar y sin diagnosticar. Observar no es intervenir: observar es cuidar.

La presión de pares dentro de la escuela.

La escuela es un ecosistema social donde la pertenencia es clave. El alumnado puede adoptar etiquetas identitarias como forma de integrarse, diferenciarse, sentirse visto, evitar el bullying o ganar reconocimiento. La institución debe estar atenta a dinámicas grupales, modas identitarias, contagio social y presiones explícitas o implícitas. No para juzgar, sino para comprender el contexto en el que surge el malestar.

Prevenir el bullying: proteger al estudiante sin etiquetarlo.

Cuando un estudiante expresa dudas sobre su identidad, su vulnerabilidad aumenta. El bullying puede aparecer como burlas, imitaciones, aislamiento, rumores o presiones para adoptar una etiqueta.

La prevención no consiste en intervenir sobre la identidad, sino en proteger la dignidad del estudiante. La escuela puede reforzar normas claras de respeto, intervenir rápidamente ante burlas o exclusiones, trabajar con el grupo sin exponer al estudiante y promover una cultura de cuidado mutuo. Proteger no es sobreexponer: proteger es garantizar que la infancia y la adolescencia puedan transitar su proceso sin miedo.

El rol del equipo educativo: sostener sin definir.

El equipo educativo debe transmitir un mensaje claro: “Estamos acá para acompañarte, pero las decisiones sobre tu identidad y tu salud emocional se trabajan con tu familia y con profesionales especializados.” Esto protege al alumnado, a la familia y a la institución. La escuela acompaña, la familia sostiene y el equipo clínico evalúa. Cada uno en su lugar.

La importancia de políticas escolares claras.

Las instituciones educativas necesitan protocolos que definan qué hacer cuando un estudiante expresa malestar identitario, establezcan cómo comunicar a la familia, delimiten el rol del docente, eviten intervenciones apresuradas, protejan al estudiante sin reemplazar a la familia y articulen con profesionales externos. La claridad institucional evita improvisaciones que pueden dañar.

En conclusión, la escuela es un espacio fundamental de contención emocional, pero no es un espacio de diagnóstico ni de intervención identitaria. Su rol es acompañar sin acelerar, escuchar sin definir y sostener sin reemplazar a la familia ni al equipo clínico. Cuando un menor expresa dudas sobre su identidad, la escuela debe ofrecer calma, estructura y comunicación clara. La prudencia no es distancia: es cuidado. Y la contención no es intervención: es respeto por el desarrollo.

Puntos esenciales

- La escuela contiene, no diagnostica.
- Escuchar sin intervenir más allá del rol educativo.
- Comunicar siempre a la familia: no guardar secretos clínicos.
- Evitar intervenciones aceleradas que fijan narrativas prematuras.
- Mantener mirada educativa amplia, no ideológica.
- Observar es cuidar: aportar información sin diagnosticar.
- Atender a la presión de pares y dinámicas grupales.
- Prevenir bullying protegiendo la dignidad del estudiante.
- La escuela acompaña, la familia sostiene, el equipo clínico evalúa.
- Protocolos claros evitan improvisaciones dañinas.

Capítulo 10

Mensaje del Colegio Americano de Pediatría a directores de Colegios

En el marco de los debates actuales sobre Educación Sexual y programas basados en la perspectiva de género, el Colegio Americano de Pediatría ha expresado una posición que resulta pertinente para el ámbito escolar. Con el fin de aportar claridad y favorecer una comprensión más amplia, presentamos aquí una síntesis fiel de su comunicado dirigido a directores de instituciones educativas.

El Colegio Americano de Pediatría señala que comparte con las escuelas, los docentes, las familias y otras organizaciones profesionales el objetivo común de garantizar un entorno saludable para los estudiantes. Sin embargo, advierte que **muchos esfuerzos bien-intencionados destinados a acompañar a jóvenes con atracción hacia el mismo sexo o con confusión respecto a su identidad de género se basan en información incompleta o interpretaciones erróneas del desarrollo infantil y adolescente.**

A partir de esta preocupación, el comunicado invita a considerar tres preguntas fundamentales:

- ¿Cuáles son los hechos científicamente establecidos sobre el desarrollo de la atracción no heterosexual y la confusión de género en jóvenes?
- ¿Cuál es el rol apropiado de la escuela frente a estudiantes que atraviesan situaciones de desorientación sexual o incongruencia de género?

- ¿De qué manera puede la institución educativa acompañar mejor al estudiante y a su familia en estos procesos?

El documento subraya que **la adolescencia es una etapa de inestabilidad y búsqueda**, donde la confusión en distintas áreas —incluyendo la orientación sexual y la identidad de género— es frecuente. En este período, los jóvenes son especialmente sensibles a las influencias del entorno.

En relación a la orientación sexual, diversos estudios muestran que la incertidumbre es común en la preadolescencia. En una investigación clásica con niños de 12 años, aproximadamente un 25–26% manifestó no estar seguro de su orientación sexual, lo que refleja la variabilidad normal de esa etapa evolutiva (Remafedi, 1992). Este dato describe un momento puntual del desarrollo, no una trayectoria futura.

Por otra parte, los estudios longitudinales más sólidos indican que la mayoría de los adolescentes que experimentan dudas o atracciones no heterosexuales transitorias no mantienen esas sensaciones en la adultez. Investigaciones como las de Savin-Williams y Ream (2007) y Dickson, Paul y Herbison (2003) muestran que la orientación sexual en la adolescencia presenta fluctuaciones significativas, especialmente en los primeros años, y que muchas de estas experiencias no se consolidan en la edad adulta.

En relación con la incongruencia de género infantil, la literatura clínica —incluyendo trabajos de Zucker y Bradley (1995), Steensma et al. (2013) y Singh et al. (2021)— muestra de manera consistente que **la gran mayoría de los niños que en la infancia expresan un deseo persistente de pertenecer al sexo opuesto se alinean espontáneamente con su sexo biológico al llegar a la adolescencia o adultez temprana**, siempre que esa conducta **no sea reforzada socialmente**.

Los estudios clínicos clásicos del Centro de Identidad de Género del CAMH (Toronto) documentaron que:

- entre el 88% y el 95% de los varones desistían de la incongruencia de género infantil,
- y entre el 82% y el 88% de las niñas también lo hacían.

En algunos análisis, estos valores se resumen como 95% en varones y 86% en niñas, cifras que reflejan con mayor precisión la trayectoria evolutiva observada en muestras clínicas bien definidas. Las revisiones más amplias suelen presentar un rango de 60% a 90%, porque incluyen poblaciones más heterogéneas o criterios diagnósticos menos estrictos. Sin embargo, los estudios longitudinales más rigurosos y con seguimiento clínico sistemático muestran tasas de alineación superiores al 80% en ambos sexos, con valores especialmente altos en varones.

En conjunto, esta evidencia respalda la idea central del comunicado: la infancia y la adolescencia son etapas de exploración, variabilidad y búsqueda, y por ello las intervenciones sociales o institucionales que “fijan” identidades en formación deben abordarse con prudencia, acompañamiento profesional y respeto por los tiempos evolutivos del niño.

Capítulo 11

Adolescencia: una etapa especialmente vulnerable a la confusión identitaria

*Confusión identitaria — Sensibilidad corporal —
Impacto de discursos sociales*

La adolescencia es un territorio movedizo, donde el cuerpo cambia de un día para otro y la percepción de sí mismo se vuelve inestable. Lo que ayer parecía familiar hoy puede sentirse extraño. Un comentario de un compañero puede pesar más que cualquier palabra adulta, y una imagen en redes puede convertirse en un espejo imposible de alcanzar. Todo se transforma al mismo tiempo: el cuerpo, la mente, la mirada de los otros, la forma de pertenecer y la manera de sentirse uno mismo. En medio de ese torbellino, cualquier duda sobre el cuerpo, la identidad, la orientación o el lugar en el mundo puede vivirse como una urgencia.

El cuerpo cambia más rápido que la mente

La pubertad irrumpe sin pedir permiso. El cuerpo se transforma de manera abrupta y el adolescente intenta adaptarse a un ritmo que no controla. Surgen incomodidad, vergüenza, miedo a ser observado, rechazo a los cambios físicos y dificultad para reconocerse en el espejo. No es patológico: es humano. Pero esa incomodidad puede convertirse en terreno fértil para interpretaciones identitarias rápidas, cuando el adolescente busca explicaciones inmediatas a sensaciones que aún no comprende.

El grupo como brújula emocional

En esta etapa, pertenecer es casi tan importante como respirar. El grupo de pares se convierte en espejo, refugio y juez. Para no quedar afuera, para sentirse visto o evitar el bullying, muchos adolescentes adoptan ideas, etiquetas o narrativas identitarias. A veces lo hacen para diferenciarse de la familia o para construir una identidad rápida cuando la propia aún está en proceso. Las redes sociales amplifican este fenómeno, ofreciendo respuestas simples a preguntas complejas, lo que resulta muy tentador para quien busca definirse.

El cerebro adolescente: intensidad y necesidad de certezas

La neurociencia muestra que el cerebro adolescente es más impulsivo, tolera peor la incertidumbre y procesa las emociones con mayor dramatismo. Una duda puede vivirse como crisis, una emoción como identidad, una incomodidad corporal como señal de ser “otra cosa”. El adolescente no miente: interpreta. Y lo hace desde un cerebro que aún está aprendiendo a regular, pensar a largo plazo y tolerar la ambigüedad.

El impacto de las redes sociales

Las redes ofrecen etiquetas, comunidades y relatos personales que pueden dar alivio inmediato a la confusión. Para un adolescente, encontrar un relato que encaje puede ser un bálsamo, pero también puede fijar una narrativa que no refleja su proceso real. Las redes no son el enemigo, pero sí un riesgo cuando se convierten en la única fuente de sentido.

El malestar corporal como puerta de entrada

El rechazo al cuerpo en transformación es común: no querer menstruar, no aceptar el crecimiento de la barba, no gustar del pecho.

Estas sensaciones, normales en la pubertad, pueden interpretarse como señales identitarias. En la mayoría de los casos, son simplemente manifestaciones de un cuerpo que cambia más rápido de lo que la mente puede procesar.

La narrativa identitaria como respuesta a la angustia

Cuando un adolescente dice “no sé quién soy” o “no me siento bien en mi cuerpo”, no siempre habla de identidad. A veces habla de ansiedad, depresión, baja autoestima, bullying, presión social o miedo a crecer. La identidad puede convertirse en un lenguaje para expresar malestar, más que en la causa de ese malestar.

Por qué esta etapa es vulnerable

La adolescencia reúne todos los ingredientes: un cuerpo en transformación, un cerebro en reorganización, necesidad intensa de pertenecer, sensibilidad extrema al juicio externo, búsqueda desesperada de certezas, exposición constante a narrativas identitarias y un malestar emocional difícil de nombrar. En ese contexto, es comprensible que un adolescente interprete su malestar como identidad.

Cómo acompañar sin patologizar

El objetivo no es alarmar, sino comprender. La adolescencia no es una enfermedad, es una etapa que requiere compañía adulta. Acompañar implica escuchar sin dramatizar, preguntar sin presionar, observar sin etiquetar, contener sin definir. Permitir que el adolescente piense sin urgencias y evitar interpretaciones apresuradas. La identidad no se construye en un día ni en una conversación: necesita tiempo, calma y adultos presentes.

En síntesis, la adolescencia es una etapa de enorme sensibilidad identitaria. No porque los jóvenes estén confundidos, sino porque están construyéndose. En ese proceso, cualquier malestar puede sentirse como identidad y cualquier narrativa externa puede volverse una explicación tentadora. Comprender esta vulnerabilidad no significa patologizarla, sino protegerla: acompañar con paciencia, presencia y escucha, permitiendo que la identidad se desarrolle como un proceso, no como una urgencia.

Puntos esenciales

- La adolescencia es un territorio de cambios rápidos y confusión identitaria.
- El cuerpo se transforma más rápido de lo que la mente puede procesar.
- La incomodidad corporal es común y no necesariamente patológica.
- El grupo de pares funciona como espejo y juez emocional.
- La necesidad de pertenencia impulsa la adopción de etiquetas rápidas.
- El cerebro adolescente busca certezas y vive las dudas como crisis.
- Las redes sociales ofrecen alivio inmediato, pero también narrativas apresuradas.
- El malestar corporal puede interpretarse erróneamente como identidad.

- La identidad puede ser un lenguaje para expresar angustia más que su causa.
- La adolescencia combina vulnerabilidad biológica, emocional y social.
- Acompañar sin patologizar implica escuchar, contener y dar tiempo.

Parte IV

EVIDENCIA INTERNACIONAL Y MODELOS CLÍNICOS

*Lo que muestran los informes globales
y la transición hacia prácticas clínicas prudentes.*

Capítulo 12

El Informe Cass: evidencia que redefine el debate clínico

Revisión – Cuestionamiento - Transformación

El modelo afirmativo: qué fue y por qué está en revisión

Durante años, el llamado *modelo afirmativo* se convirtió en el enfoque predominante en la atención a menores con disforia de género. Su premisa era sencilla: si un niño o adolescente expresaba que su identidad de género no coincidía con su sexo biológico, el rol del profesional debía ser validar esa identidad de inmediato. En la práctica, esto implicaba cambios sociales rápidos (nombre, pronombres, rol), derivaciones tempranas a bloqueadores puberales y, en muchos casos, hormonización cruzada sin una evaluación clínica integral.

Aunque la intención era proteger al menor, con el tiempo distintos equipos clínicos observaron riesgos importantes: intervenciones apresuradas, ausencia de exploración de comorbilidades (ansiedad, depresión, TEA, TDAH, trauma), influencia de factores sociales y digitales, y decisiones irreversibles tomadas sin evidencia sólida.

Este contexto explica por qué varios países comenzaron a revisar el modelo afirmativo y a proponer enfoques más prudentes. El Informe Cass surge precisamente como respuesta a estas preocupaciones, ofreciendo un marco clínico basado en evaluación profunda, seguridad y evidencia.

Origen y propósito del Informe Cass

El NHS (National Health Service, Servicio Nacional de Salud del Reino Unido) solicitó esta revisión en 2020 ante el aumento abrupto de derivaciones, la creciente complejidad clínica de los adolescentes consultantes y la falta de evidencia sólida que respaldara intervenciones médicas tempranas. La revisión fue liderada por la Dra. Hilary Cass, pediatra con una trayectoria reconocida en salud infantil y sin afiliación a activismos. Su independencia fue clave para garantizar un análisis centrado en la seguridad del paciente y en la calidad de la evidencia.

Quién es Hilary Cass y por qué su liderazgo importa

La Dra. Cass es una figura respetada en pediatría y salud pública. Su rol aportó neutralidad, credibilidad y un enfoque clínico libre de presiones ideológicas. Su mirada se centró en la seguridad, la ética y la evidencia, elementos esenciales en un campo donde las decisiones pueden tener consecuencias irreversibles.

Hallazgos principales del Informe Cass

Uno de los hallazgos centrales del informe es la debilidad metodológica de los estudios disponibles. La evidencia sobre bloqueadores puberales, hormonas cruzadas y transiciones tempranas presenta limitaciones importantes: muestras pequeñas, ausencia de grupos control, seguimientos insuficientes y resultados inconsistentes. Con la evidencia actual, no es posible afirmar beneficios claros a largo plazo para menores, y los riesgos están subestimados o insuficientemente estudiados.

El informe también señala que muchos adolescentes recibían intervenciones médicas sin una evaluación integral de su salud mental,

su neurodesarrollo, su historia familiar o la presencia de traumas previos. Una proporción significativa presentaba comorbilidades y experiencias adversas en la infancia, factores que requieren una evaluación cuidadosa antes de considerar cualquier intervención médica.

Otro aspecto relevante es el impacto de las redes sociales, los entornos digitales y los fenómenos de identificación grupal en la construcción de la identidad de género en adolescentes. El informe no niega la vivencia subjetiva, pero reconoce que el contexto social actual influye de manera significativa en la presentación clínica y en la velocidad con la que algunos jóvenes buscan respuestas.

Se cierra la clínica de género Tavistock: marcando un antes y un después

Un aspecto especialmente relevante del Informe Cass es que llevó al cierre de la **Clínica Tavistock**, la única clínica de género que funcionaba bajo el NHS en Inglaterra. **La revisión concluyó que el modelo aplicado allí estaba generando más riesgos que beneficios**, al ofrecer intervenciones médicas sin la evaluación integral necesaria.

Este cierre debe interpretarse como una medida de responsabilidad clínica: se reconoció que el enfoque vigente no garantizaba la seguridad de los menores y que era imprescindible replantear el modelo de atención.

El caso Tavistock se convirtió en un símbolo internacional de la necesidad de prudencia, mostrando que incluso instituciones con prestigio pueden equivocarse si no cuentan con evidencia sólida y protocolos rigurosos.

Recomendaciones del Informe Cass

A partir de sus hallazgos, el Informe Cass propone un modelo clínico basado en la prudencia, la evaluación profunda y el trabajo multidisciplinario. Recomendamos que los menores reciban una evaluación integral que incluya salud mental, neurodesarrollo, dinámica familiar y factores sociales; que las intervenciones médicas se consideren solo en contextos excepcionales; que se trabaje activamente con las familias; y que se prioricen intervenciones psicoterapéuticas y de apoyo antes de cualquier decisión irreversible.

Lo que el Informe Cass no dice

Es importante aclarar lo que el informe no afirma. No niega la existencia de personas trans ni promueve visiones conservadoras. Su foco es estrictamente clínico y ético: garantizar que los menores reciban una atención segura, basada en evidencia y libre de presiones externas.

Comparación con otros países

Las conclusiones del Informe Cass se alinean con revisiones realizadas en Finlandia, Suecia, Francia, Países Bajos y algunos centros de Canadá, donde se ha adoptado un enfoque más prudente y centrado en la evaluación psicológica. Existe un consenso creciente en torno a la necesidad de modelos clínicos que prioricen la seguridad, la evidencia y el acompañamiento cuidadoso.

Relevancia para Latinoamérica

En contextos donde la formación especializada es limitada, donde las presiones ideológicas pueden polarizar el debate y donde

las familias buscan orientación clara, el modelo propuesto por Cass aporta equilibrio, rigor y una guía práctica para la atención clínica.

En definitiva, el Informe Cass invita a recuperar la prudencia clínica, la evaluación profunda y la responsabilidad ética en el acompañamiento de menores con disforia de género. Su mensaje central es que los niños y adolescentes necesitan tiempo, contención y un abordaje integral que respete su desarrollo y su singularidad, evitando intervenciones apresuradas que puedan comprometer su bienestar futuro.

El Informe Cass no es un caso aislado: sus conclusiones reflejan un giro internacional hacia modelos clínicos más prudentes, como veremos en el siguiente capítulo.

Capítulo 13

De Europa al mundo: nuevas corrientes clínicas prudentes

Revisión - Cautela - Innovación

Cómo las políticas europeas están marcando un nuevo rumbo clínico

Tras las primeras alertas en Reino Unido, varios países europeos comenzaron a revisar sus protocolos de atención a menores con disforia de género. El punto de partida fue Finlandia, donde en 2020 el COHERE (Council for Choices in Health Care in Finland, Consejo Nacional de Opciones en Salud) emitió una guía que limitaba el uso de bloqueadores puberales y hormonas cruzadas, priorizando la evaluación psicológica y el acompañamiento terapéutico.

Suecia siguió el mismo camino. El Hospital Universitario Karolinska suspendió en 2021 las intervenciones médicas tempranas en menores, y la Socialstyrelsen (Agencia Nacional de Salud y Bienestar de Suecia) reforzó la recomendación de que los tratamientos se basaran en evidencia sólida y en evaluaciones clínicas profundas.

En Francia, la HAS (Haute Autorité de Santé, Alta Autoridad de Salud) publicó en 2022 un informe que advertía sobre la falta de datos robustos y la necesidad de prudencia en la atención a adolescentes.

Un consenso internacional emergente

Estos cambios no fueron aislados. En todos los casos, las autoridades sanitarias coincidieron en tres puntos clave:

- La evidencia disponible es insuficiente para sostener intervenciones médicas tempranas como estándar.
- La evaluación clínica integral debe ser el primer paso, considerando salud mental, neurodesarrollo y contexto familiar.
- Las intervenciones médicas deben reservarse para casos excepcionales, tras un proceso cuidadoso y multidisciplinario.

El impacto del Informe Cass

El Reino Unido consolidó este giro con el Informe Cass, que reforzó las conclusiones europeas y les dio visibilidad internacional. El informe británico se convirtió en referencia para otros países, mostrando que la prudencia clínica no es una postura conservadora, sino una exigencia ética y científica.

De Europa al mundo

El efecto de estas revisiones se extendió más allá de Europa. En Canadá, algunos centros comenzaron a aplicar protocolos más cautelosos. En Estados Unidos, aunque el debate sigue polarizado, varios estados han revisado sus prácticas.

Uruguay y América Latina: desafíos y oportunidades

Aunque la región aún no ha desarrollado revisiones nacionales comparables a las europeas, los cambios internacionales ofrecen una oportunidad para evitar errores, ya que la terapia afirmativa es una etapa pasada que hoy se considera insuficiente o incluso superada.

En su lugar debemos promover equipos interdisciplinarios y desarrollar guías basadas en evidencia y prudencia. El desafío principal es construir marcos clínicos que respondan a la realidad local sin replicar prácticas que otros países ya han revisado o abandonado.

En suma, el panorama internacional muestra una tendencia clara: los modelos afirmativos rápidos están siendo reemplazados por enfoques clínicos prudentes, multidisciplinarios y basados en evidencia. Finlandia, Suecia, Francia y el Reino Unido convergen en un mismo punto: la necesidad de proteger a los menores mediante evaluaciones profundas, intervenciones responsables y decisiones informadas.

Este consenso internacional marca un nuevo paradigma clínico. Para que estas recomendaciones se traduzcan en práctica segura, es indispensable comprender cómo se realiza una evaluación clínica profunda, tema que abordaremos en el capítulo siguiente.

Capítulo 14

Evaluación clínica profunda: la base de una práctica segura

Observación — Discernimiento — Responsabilidad

La necesidad de un nuevo paradigma

El consenso internacional muestra que los modelos afirmativos rápidos han quedado en entredicho. La alternativa que emerge es la **evaluación clínica profunda**, entendida como un proceso integral que busca comprender al adolescente en toda su complejidad antes de considerar cualquier intervención médica.

Este enfoque no se limita a validar una identidad declarada, sino que explora la salud mental, el neurodesarrollo, la dinámica familiar, el contexto social y las experiencias previas. Solo a partir de esa mirada amplia es posible tomar decisiones responsables y seguras.

Componentes de la evaluación clínica profunda

1. **Salud mental:** Identificación de ansiedad, depresión, trauma, autolesiones o ideación suicida.
2. **Neurodesarrollo:** Evaluación de condiciones como TEA o TDAH, que pueden influir en la vivencia de la identidad de género.
3. **Historia familiar y social:** Dinámicas de apoyo, conflictos y separaciones, antecedentes de violencia o abuso.

4. **Contexto cultural y digital:** Influencia de redes sociales, comunidades online y discursos mediáticos en la construcción de la identidad.
5. **Trayectoria personal:** Tiempo de evolución del malestar, consistencia en la vivencia de género y presencia de factores externos que puedan estar acelerando la decisión.

Beneficios de este enfoque

- Evita intervenciones apresuradas e irreversibles.
- Permite atender comorbilidades que, en muchos casos, son el verdadero origen del sufrimiento.
- Refuerza el rol de la familia como sostén y acompañante.
- Genera un espacio de contención donde el adolescente puede explorar su identidad sin presiones externas.

Riesgos de la ausencia de evaluación profunda

Cuando se omite este proceso, los adolescentes pueden recibir bloqueadores o hormonas sin que se hayan atendido problemas de base. Esto aumenta el riesgo de arrepentimiento, de efectos secundarios graves y de intervenciones que no resuelven el malestar original.

Un enfoque multidisciplinario

La evaluación clínica profunda requiere equipos interdisciplinarios: pediatras, psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos, trabajadores sociales y especialistas en neurodesarrollo. Ningún profesional por sí solo puede abarcar la complejidad de estos casos.

El capítulo siguiente profundiza en el rol de la familia dentro de este nuevo paradigma, donde su participación deja de ser periférica para convertirse en un componente esencial del proceso clínico.

Parte V

HERRAMIENTAS PARA FAMILIAS

*Cómo acompañar, qué evitar y qué hacer ante dudas,
miedos o señales de alarma.*

Capítulo 15

El rol de la familia como primer espacio de contención

Apoyo — Seguridad — Vínculo

La familia sigue siendo el entorno más influyente en el desarrollo emocional, corporal y relacional de un niño o adolescente. No se trata de “resolver” su identidad, sino de ofrecer un clima estable, previsible y afectivamente disponible. La presencia adulta —no invasiva, no ansiosa, no reactiva— es el principal factor protector.

Qué necesitan los hijos cuando atraviesan dudas o malestares

- **Adultos que sostengan el ritmo:** no acelerar procesos, no presionar definiciones.
- **Lenguaje claro y sereno:** evitar dramatizaciones, etiquetas tempranas o discursos polarizados.
- **Interés genuino:** preguntar, escuchar, acompañar sin convertir cada conversación en un interrogatorio.
- **Límites razonables:** estructura cotidiana, horarios, hábitos, responsabilidades.
- **Modelos adultos estables:** coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.

Qué conviene evitar

- Respuestas impulsivas: ni alarmarse ni minimizar.
- Etiquetar prematuramente: las identidades se consolidan con el tiempo.
- Convertir el tema en el centro de la vida familiar: la sobreactención aumenta la ansiedad.
- Buscar culpables: no hay “fallas parentales” que expliquen la identidad.
- Debates ideológicos en casa: confunden y cargan emocionalmente al menor.

Cómo conversar sin generar presión

- Preguntas abiertas y breves: “¿Cómo te sentís con esto?”, “¿Qué te preocupa más?”.
- Validación emocional: reconocer lo que siente sin confirmar conclusiones apresuradas.
- Evitar discursos técnicos: los hijos necesitan claridad, no terminología.
- Ofrecer disponibilidad: “Podemos hablar cuando quieras”, sin forzar el diálogo.

El rol de los padres: acompañar sin sustituir

Los padres no son terapeutas ni amigos: son referentes afectivos y morales. Su función es contener, orientar y sostener límites, no diagnosticar ni definir identidades. La familia acompaña; el proceso clínico lo guía un profesional.

Cuándo buscar ayuda profesional

Algunos signos que requieren ayuda son los cambios bruscos en el estado de ánimo, el aislamiento social persistente, conflictos intensos en casa, malestar con la imagen corporal en forma significativa o dudas identitarias que generan sufrimiento o interfieren con la vida cotidiana.

La intervención profesional no implica patologizar: es un espacio para ordenar emociones, comprender procesos y reducir angustias.

La importancia del tiempo

El tiempo es un aliado. La mayoría de los procesos identitarios se clarifican gradualmente cuando el entorno es estable, la familia acompaña sin urgencias y el menor puede explorar sin presiones externas.

Objetivo central del acompañamiento familiar

Crear un clima donde el niño o adolescente pueda **pensar, sentir, preguntar y equivocarse** sin miedo a decepcionar a nadie. **La familia no define la identidad: facilita el camino para que el hijo la descubra con serenidad acorde a su sexo biológico.**

Capítulo 16

Preguntas frecuentes de los padres

Comprender- Acompañar - Orientar sin apresurarse

Cuando un hijo expresa malestar con su cuerpo, su identidad o su género, es natural que los padres sientan preocupación, desconcierto o incluso miedo. No es un signo de desconfianza hacia el hijo: es un reflejo del amor y de la responsabilidad. En un tema tan sensible, donde conviven emociones intensas, discursos sociales contradictorios y riesgos reales, los padres necesitan algo muy simple y difícil de encontrar: claridad sin simplificaciones.

Este capítulo reúne las preguntas más frecuentes que podemos escuchar en la práctica clínica. No ofrece respuestas rápidas ni recetas, porque no existen. Ofrece algo más valioso: criterios para acompañar, limitar y orientar, sin apresurarse y sin quedar atrapados en presiones externas.

¿Lo que mi hijo siente es motivo de alarma?

No necesariamente. Muchos niños y adolescentes atraviesan momentos de confusión, incomodidad con su cuerpo o preguntas sobre su identidad. Esto puede formar parte del desarrollo, especialmente en etapas donde la identidad está en construcción. Lo que sí merece atención es el sufrimiento: cuando el malestar es intenso, persistente o interfiere con la vida cotidiana. La clave no es alarmarse, sino observar con calma y cercanía.

¿Cómo distingo entre una etapa y un problema más profundo?

No es tarea de los padres distinguirlo solos. Lo que sí pueden observar es si el malestar aparece de forma repentina o gradual, si se acompaña de ansiedad, tristeza o aislamiento, si el niño parece buscar alivio inmediato, si hay presión externa o si el malestar se centra en el cuerpo o en la identidad social. La identidad necesita tiempo. Las etapas existen. Y el sufrimiento merece ser escuchado, no etiquetado.

¿Debo buscar ayuda profesional de inmediato?

No siempre es necesario buscar ayuda profesional de inmediato. La intervención puede resultar valiosa, pero no todas las propuestas son seguras. En este campo conviven enfoques diversos y algunos tienden a apresurar conclusiones. Antes de consultar, conviene informarse sobre la orientación del profesional, evitar modelos que etiquetan con rapidez, privilegiar marcos exploratorios y dar prioridad a quienes trabajan en conjunto con la familia. En los siguientes capítulos veremos recursos para elegir un profesional adecuado. La urgencia emocional no debe confundirse con urgencia clínica.

¿Qué hago mientras tanto?

Tres verbos guían este proceso: acompañar, escuchar sin dramatizar y transmitir calma; limitar, evitando decisiones apresuradas y protegiendo al niño de presiones externas; orientar, ayudando a poner palabras, ofreciendo contención emocional y buscando un profesional adecuado cuando sea necesario. Acompañar no es acelerar, limitar no es rechazar, orientar no es imponer.

¿Debo permitir cambios sociales (nombre, pronombres, ropa)?

Los cambios sociales suelen presentarse como decisiones simples y reversibles, pero la evidencia muestra que no reducen

la ansiedad de manera sostenida y pueden fijar identidades inestables. La recomendación más prudente es evitarlos en la infancia y adolescencia, especialmente cuando el malestar es reciente o no existe evaluación clínica profunda. Afirmar la identidad biológica no es imponer: es darle al niño un punto de referencia estable. Los cambios sociales no son una herramienta terapéutica; la contención familiar sí lo es.

¿Qué pasa si no hacemos nada?

No intervenir médicamente es la recomendación internacional para menores. Pero eso no significa desentenderse. La alternativa segura es una espera acompañada: observar, contener, conversar, reducir la ansiedad y sostener el vínculo familiar. La prudencia no es pasividad: es protección.

¿Qué pasa con los bloqueadores hormonales? ¿Son una opción?

Hoy sabemos que no son neutros ni completamente reversibles, tienen riesgos óseos, metabólicos y neurocognitivos, afectan la fertilidad futura y su beneficio es incierto. Tras el Informe Cass, dejaron de ser una herramienta estándar y pasaron a ser una excepción clínica, reservada para situaciones específicas y tras evaluaciones profundas. En la infancia y adolescencia, la intervención más segura es emocional, familiar y clínica, no médica.

¿Qué hago si mi hijo dice que “si no lo apoyo, no quiere vivir”?

Es una frase que expresa angustia, no una amenaza literal. Debe ser tomada en serio, pero no debe conducir a decisiones apresuradas. Lo que ayuda es validar el sufrimiento, reforzar el vínculo, reducir la intensidad emocional, evitar respuestas impulsivas y buscar apoyo

clínico si la angustia persiste. El foco debe estar en el sufrimiento, no en la identidad.

¿La escuela debe intervenir?

La escuela es un espacio educativo, no clínico. Sin embargo, muchos centros han adoptado marcos ideológicos que presentan conceptos como verdades científicas. La escuela no siempre es neutral y puede promover cambios sociales sin comprender sus consecuencias. Los padres deben recordar que la autoridad educativa primaria es la familia, solicitar que no se realicen cambios sin consentimiento, pedir que la escuela se limite a lo educativo y proteger al niño de contenidos ideológicos. La escuela debe garantizar un entorno seguro, evitar burlas y respetar la privacidad, pero no puede reemplazar la función parental ni la evaluación clínica.

¿Qué puedo hacer hoy mismo?

Los padres pueden actuar desde el primer día creando un entorno emocional estable. Liberarse de presiones ideológicas, sostener la convicción de que lo mejor para un hijo es desarrollar una identidad acorde con su sexo biológico, transmitir calma y seguridad, afirmar con amor su identidad biológica, ofrecer límites claros, evitar cambios sociales, observar sin invadir, cuidar el clima emocional del hogar y dar tiempo son acciones concretas. La intervención más importante no es médica ni social: es emocional, vincular y protectora.

En conclusión, los padres no necesitan saberlo todo: necesitan un camino, una orientación clara y un espacio donde puedan pensar sin miedo. Necesitan también sentido común, ese criterio profundo que nace del amor, de la experiencia y de la responsabilidad de cuidar a un hijo. El objetivo no es definir quién es el niño, sino cuidarlo mientras crece, sostenerlo mientras busca sentido y acompañarlo sin apresurarlo.

Puntos esenciales

- No alarmarse de inmediato: observar el sufrimiento con calma.
- Las etapas existen: el sufrimiento merece escucha, no etiquetas.
- Ayuda profesional: elegir enfoques prudentes y familiares.
- Mientras tanto: acompañar, limitar y orientar.
- Cambios sociales: evitarlos, afirmar con amor la identidad biológica.
- No hacer nada médico: la espera acompañada es protección.
- Bloqueadores hormonales: no son neutros ni estándar, producen consecuencias.
- Frases de angustia: validar el sufrimiento, no decidir apresuradamente.
- Escuela: rol educativo, no clínico; la familia es la autoridad primaria.
- Hoy mismo: transmitir calma, sostener límites, dar tiempo y cuidar el vínculo

Capítulo 17

Errores comunes de los padres y cómo evitarlos

Protección · Prudencia · Claridad

Cómo proteger a un hijo sin confundirse ni ceder a presiones externas

Cuando un hijo expresa malestar con su cuerpo o su identidad, los padres suelen reaccionar desde el amor, pero también desde la urgencia, el miedo o la desorientación. En un contexto social cargado de ideología, discursos contradictorios y presiones institucionales, es comprensible que los padres cometan errores. No se trata de errores por falta de amor, sino por un exceso de preocupación. Este capítulo no busca señalar culpas, sino ofrecer claridad. Identificar los errores más frecuentes permite evitarlos y, sobre todo, proteger al niño.

Errores frecuentes

Reaccionar con pánico o dramatización.

El pánico es comprensible, pero no ayuda: aumenta la ansiedad del niño, refuerza la idea de que “algo grave está pasando” e impide escuchar con calma. Conviene respirar antes de responder, escuchar sin interrumpir y transmitir serenidad, aun cuando internamente

exista preocupación. Recordemos que la mayoría de los malestares identitarios no son permanentes.

Afirmar sin explorar (“si lo dice, es así”).

Adoptar una postura afirmativa inmediata confunde acompañar con confirmar, fija identidades inestables, impide explorar el origen del malestar y responde más a presiones sociales que a necesidades reales. En cambio, conviene acompañar sin etiquetas, explorar el malestar con preguntas abiertas y sostener la identidad biológica como referencia estable.

Permitir cambios sociales apresurados.

Cambiar nombre, pronombres o presentación puede parecer apoyo, pero no reduce la angustia y puede fijar identidades aún inmaduras, incrementar el riesgo de arrepentimiento y exponer al niño a presiones externas. Es preferible evitar cambios sociales, afirmar con amor la identidad biológica, ofrecer contención emocional y dar tiempo y estabilidad.

Confiar ciegamente en la escuela.

La escuela no siempre es neutral: puede operar desde marcos ideológicos, promover cambios sin consentimiento y presentar identidades como elecciones libres y reversibles. Los padres deben recordar que la autoridad primaria es la familia, exigir respeto a su consentimiento y proteger al niño de contenidos confusos.

Buscar ayuda profesional sin evaluar el enfoque.

Consultar rápido sin investigar puede llevar a malas intervenciones: algunos profesionales afirman sin explorar y otros presionan hacia cambios sociales o médicos. Es clave investigar el enfoque, priorizar modelos exploratorios, asegurarse de que trabaje con la familia y evitar intervenciones médicas tempranas.

Convertir el tema en un conflicto entre los padres.

Cuando uno quiere afirmar y el otro esperar, el niño queda atrapado en el medio, aumenta su ansiedad y recibe mensajes contradictorios. Lo recomendable es conversar en un espacio terapéutico, acordar criterios comunes y sostener un frente adulto sereno y coherente.

Pensar que “no hacer nada” es abandono.

La prudencia no es indiferencia: confundir intervención médica con emocional puede llevar a decisiones apresuradas. La intervención más segura es de carácter emocional, no médico. Practicar la espera acompañada, observar, contener y dar tiempo al proceso es la mejor estrategia.

Ceder a presiones ideológicas.

Redes, escuela, pares y algunos profesionales pueden presionar a “afirmar” sin matices, desplazando el sentido común y sometiendo al niño a agendas externas. Los padres deben liberarse de esas presiones, recuperar su intuición protectora, sostener límites claros y proteger al niño de discursos simplificadores.

Hablar demasiado del tema.

Convertir la identidad en el centro de la vida familiar refuerza la idea de que “esto define quién soy”, aumenta la ansiedad y reduce otros aspectos de la vida del niño. Es mejor hablar cuando el niño lo necesite, mantener la vida cotidiana con amigos, juegos y rutinas, y recordar que el niño es mucho más que su malestar.

Olvidar que el niño necesita tiempo.

La identidad no se define en semanas ni meses: la urgencia bloquea la maduración y fija identidades inmaduras. El niño siente

que debe decidir algo que no comprende. Lo más sano es dar tiempo, calma, contención y estabilidad.

Caer en la sobreprotección.

Limitar excesivamente la autonomía del hijo, aunque nazca del amor, genera dependencia y falta de confianza en sí mismo. Es mejor acompañar con cercanía, pero también con espacios de libertad que permitan al niño desarrollar resiliencia y seguridad.

Ceder a la presión externa.

Influencias sociales, culturales o institucionales pueden llevar a decisiones apresuradas y poco alineadas con las necesidades reales del niño. Los padres deben filtrar esas presiones, sostener su propio criterio y priorizar siempre el bienestar emocional del hijo.

Falta de discernimiento parental.

No distinguir entre consejos útiles y presiones dañinas puede dejar al niño expuesto a mensajes contradictorios. El discernimiento parental implica evaluar con criterio propio, escuchar con calma y actuar en beneficio del desarrollo integral del hijo.

En síntesis, los padres no fallamos por falta de amor: fallamos porque amamos profundamente y tememos equivocarnos. Este capítulo no busca señalar errores, sino devolver claridad, fortalecer la intuición protectora y ofrecer criterios prudentes para acompañar mejor. Evitar estos errores no garantiza un camino sin dificultades, pero sí garantiza lo esencial: que el niño crezca acompañado por adultos que piensan, sienten y deciden con sentido común, sin ceder a presiones externas y priorizando siempre su bienestar emocional y su desarrollo integral.

Puntos esenciales

- Transmitir calma y escuchar, sin pánico.
- Acompañar sin etiquetas y sostener la identidad biológica.
- Evitar cambios sociales apresurados: dar tiempo y estabilidad.
- Recordar que la familia es la autoridad primaria.
- Evaluar el enfoque profesional antes de consultar.
- Mantener coherencia y serenidad entre los padres.
- Practicar la espera acompañada como intervención segura.
- Resistir presiones ideológicas con límites claros y afectuosos.
- Hablar del tema solo cuando el niño lo necesite.
- Dar tiempo: la identidad se construye con calma y contención.
- Evitar la sobreprotección: acompañar con libertad y confianza.
- Resistir la presión externa: sostener criterio propio.
- Ejercer discernimiento parental: actuar con claridad y prudencia.

Capítulo 18

Guías prácticas para padres

*Afirmar con amor la identidad biológica -
Evitar influencias sociales*

Acciones concretas para acompañar, proteger y orientar a un hijo con malestar respecto a su identidad o su cuerpo

Acompañar a un hijo que atraviesa confusión o malestar con su identidad no requiere certezas absolutas, sino presencia, sentido común y una actitud protectora. Los padres no necesitan convertirse en expertos en género ni en psicología: necesitan recuperar su rol, su intuición y su autoridad afectiva. Este capítulo ofrece herramientas prácticas, aplicables desde el primer día, para sostener al niño sin apresurarlo, sin exponerlo a riesgos y sin ceder a presiones externas.

Crear un clima emocional seguro.

El niño necesita un entorno donde pueda hablar sin miedo y sin sentir que decepciona a nadie. Escuchar sin interrumpir, evitar reacciones intensas, validar el malestar sin validar conclusiones apresuradas y transmitir calma incluso cuando internamente haya preocupación son claves. Reforzar la idea de que “estamos juntos en esto” ayuda a que el niño se sienta acompañado. Un mensaje útil para el día a día es: “Podés contarme lo que sentís. No tengo todas las respuestas, pero estoy acá para acompañarte.”

Afirmar con amor la identidad sexual biológica.

El niño necesita un punto de referencia estable, que es su sexo biológico y no las etiquetas sociales. Hablar del cuerpo con naturalidad, reforzar la continuidad entre su historia y su identidad, evitar discursos que separen identidad de realidad corporal y mostrar orgullo por quién es fortalecen su seguridad. Una frase para recordar: “Tu cuerpo es bueno, es tuyo y vamos a ayudarte a sentirte mejor con él.”

Evitar cambios sociales.

Modificar nombre, pronombres o presentación no es terapéutico y puede fijar identidades inestables. Es importante explicar que no es un castigo, sino una forma de protegerlo, mantener rutinas habituales y evitar que la escuela o terceros introduzcan cambios sin consentimiento. En casa puede decirse: “No vamos a hacer cambios por ahora. Queremos ayudarte a sentirte mejor sin apurarnos.”

Reducir la exposición a presiones externas.

Redes, escuela, pares y discursos ideológicos pueden intensificar la confusión. Supervisar el uso de redes, limitar contenidos militantes, conversar sobre lo que ve y protegerlo de burlas o contagios sociales son medidas necesarias. La idea clave es: “No todo lo que se dice afuera es cierto. Vamos a pensar juntos lo que te hace bien.”

Fortalecer la vida cotidiana.

La identidad se construye en la vida real, no en el vacío. Mantener actividades, deportes, hobbies y amistades, fomentar vínculos fuera del tema identitario y promover experiencias que fortalezcan autoestima y competencia ayudan a equilibrar. Un mensaje diario puede ser: “Hay muchas cosas que te gustan y te hacen bien. Sigamos con ellas.”

Recuperar la autoridad parental.

Los padres son la principal figura protectora y no deben delegar su rol. Tomar decisiones con calma, sostener límites claros y afectuosos y ser coherentes entre ambos padres refuerza la seguridad del niño. Una frase para recordar: “Somos tus padres y estamos acá para cuidarte. Vamos a decidir juntos lo que es mejor para vos.”

Practicar la espera acompañada.

La identidad necesita tiempo, no urgencia. Observar sin invadir, conversar sin dramatizar, dar espacio para que el niño piense y evitar decisiones irreversibles son actitudes protectoras. Recordar que la mayoría de los malestares identitarios se transforman con el tiempo ayuda a mantener la calma. En casa puede decirse: “No tenemos que resolver todo hoy. Vamos paso a paso.”

Elegir con cuidado al profesional.

No cualquier intervención es segura. Investigar el enfoque antes de consultar, evitar profesionales que afirman sin explorar y buscar modelos clínicos prudentes y familiares es esencial. Nunca permitir intervenciones médicas tempranas y retirarse si hay presión hacia cambios sociales o médicos. La idea clave es: “Queremos un profesional que nos ayude a entender, no que nos apure.”

Cuidar el vínculo familiar.

El vínculo es el principal factor protector. Pasar tiempo juntos, compartir actividades fuera del tema, reforzar la conexión emocional y mostrar amor incondicional fortalecen al niño. Un mensaje útil: “Te queremos tal como sos. Vamos a acompañarte mientras creces.”

Confiar en el sentido común.

En un clima social confuso, el sentido común es un ancla. No dejarse intimidar por discursos ideológicos, recordar que el desarrollo

infantil tiene ritmos propios y priorizar la estabilidad emocional por sobre las etiquetas son claves. Una frase para recordar: “Vamos a hacer lo que te cuide, no lo que esté de moda.”

En conclusión, acompañar a un hijo en momentos de confusión no requiere certezas absolutas, sino presencia, calma y sentido común. Estas guías no son recetas, sino herramientas para fortalecer el rol parental y proteger al niño de presiones externas, decisiones apresuradas y caminos que pueden generar sufrimiento. El objetivo no es definir quién es el niño, sino cuidarlo mientras crece, sostenerlo en su proceso y ofrecerle un entorno donde pueda madurar sin urgencias ni etiquetas.

Puntos esenciales

- Crear un clima emocional seguro: escuchar, validar y transmitir calma.
- Afirmar con amor la identidad biológica: reforzar continuidad y aceptación.
- Evitar cambios sociales: proteger rutinas y roles habituales.
- Reducir presiones externas: supervisar redes y contenidos ideológicos.
- Fortalecer la vida cotidiana: actividades, amistades y autoestima.
- Recuperar la autoridad parental: sostener límites claros y coherencia.
- Practicar la espera acompañada: dar tiempo y evitar urgencias.

- Elegir con cuidado al profesional: priorizar enfoques prudentes y familiares.
- Cuidar el vínculo familiar: amor incondicional y conexión emocional.
- Confiar en el sentido común: estabilidad emocional por encima de etiquetas.

Capítulo 19

Cómo elegir un profesional: criterios clínicos y éticos

Formación — Integridad — Transparencia

La necesidad de un nuevo paradigma.

Este capítulo no pretende desvalorizar ni discriminar a profesionales de la salud. Su objetivo es brindar herramientas a las familias para que puedan elegir con mayor claridad y seguridad, reconociendo estándares clínicos y éticos mínimos que garanticen una intervención prudente, basada en evidencia y centrada en el bienestar del menor.

La descripción del perfil del profesional adecuado no establece jerarquías personales, sino que delimita criterios de calidad clínica que protegen a niños y adolescentes en procesos de alta sensibilidad.

Elegir un profesional para acompañar a un niño o adolescente con disforia de género es una de las decisiones más relevantes que una familia puede tomar. No todos los profesionales trabajan con los mismos modelos clínicos, ni poseen la misma formación, ni se posicionan de manera neutral frente a un tema sensible y polarizado. Este capítulo ofrece criterios claros para identificar a un profesional competente y describe el perfil clínico y ético que debería guiar la intervención

Neutralidad clínica como principio rector

Un profesional adecuado no parte de conclusiones previas sobre la identidad del menor. La neutralidad clínica implica sostener un espacio donde el menor pueda explorar su experiencia sin presiones ni guiones predefinidos. Esta postura no es indiferencia, sino una forma activa de escucha y acompañamiento. El foco está en su bienestar, no en validar agendas externas.

Formación y experiencia sólida

La disforia de género en menores es un campo complejo que requiere formación específica. El profesional competente debe tener experiencia en salud mental infantil y adolescente, evaluación de comorbilidades, neurodesarrollo, trauma y apego, dinámicas familiares, sexualidad y desarrollo puberal. Reconoce los límites de su formación y trabaja en equipo con otros especialistas cuando es necesario.

Evaluación profunda y prolongada

La identidad de género es un fenómeno complejo que requiere tiempo y análisis. Una intervención adecuada incluye evaluaciones amplias, detalladas y sostenidas: entrevistas individuales y familiares, historia clínica, evaluación de salud mental, factores sociales y escolares, antecedentes traumáticos y desarrollo puberal. Esta evaluación protege al menor de intervenciones apresuradas.

Señales de prácticas ideologizadas

Las familias deben estar atentas a ciertos indicadores que revelan prácticas poco éticas o influenciadas por agendas externas:

- conclusiones rápidas sobre la identidad,
- uso de lenguaje militante o slogans,
- presión para adoptar un modelo afirmativo automático,
- minimización de comorbilidades o traumas,
- descalificación de los padres que expresan dudas,
- promesas de alivio inmediato mediante intervenciones médicas,
- resistencia a interconsultas o trabajo interdisciplinario.

Cuando un profesional afirma que “si no se afirma al menor, se lo daña” o que “la identidad ya está definida y no debe cuestionarse”, está actuando desde una postura ideológica, no clínica.

El rol de la familia

Los padres son parte esencial del proceso terapéutico. Un profesional adecuado escucha sus preocupaciones, ofrece información clara y equilibrada, evita culpabilizar y promueve el diálogo. La familia no es un obstáculo, sino un recurso fundamental para el bienestar del menor.

Manejo de la complejidad emocional

El profesional competente comprende que el malestar no siempre se resuelve con intervenciones médicas. Trabaja sobre la regulación emocional, la autoestima, la imagen corporal y los vínculos interpersonales, evitando soluciones apresuradas.

Evidencia científica y ética clínica

El profesional adecuado se basa en evidencia científica y, cuando esta es limitada, actúa con prudencia. Entiende que las decisiones tomadas en la infancia y adolescencia pueden tener consecuencias irreversibles, por lo que prioriza siempre la seguridad del menor. La ética clínica implica reconocer los límites de la evidencia y evitar que presiones externas definan la intervención.

Cómo reconocer al profesional adecuado

La elección se refleja en la experiencia del adolescente y de la familia. Indicadores positivos incluyen:

- sensación de seguridad y confianza,
- espacio para expresar dudas sin ser juzgados,
- claridad en la comunicación,
- ausencia de presiones,
- respeto por los tiempos del menor,
- trabajo colaborativo con la familia,
- apertura a interconsultas y segundas opiniones.

Un buen profesional no promete certezas rápidas: acompaña procesos con rigor, sensibilidad y prudencia.

10 mandamientos para elegir un profesional

- Mantener neutralidad clínica: sin conclusiones previas, sin ideología.
- Tener formación en salud mental infantil y adolescente.
- Realizar evaluaciones profundas y prolongadas, nunca apresuradas.
- Incluir a la familia como parte esencial del proceso.
- Abordar la complejidad emocional más allá de lo médico.
- Basarse en evidencia científica, actuar con prudencia.
- Trabajar en equipo interdisciplinario, abierto a interconsultas.
- Evitar señales de alerta: conclusiones rápidas, slogans, presión automática.
- Promover indicadores positivos: confianza, claridad, respeto por los tiempos.
- Priorizar siempre el bienestar del menor, sin agendas externas.

Parte VI

SECCIÓN ESPECIAL PARA PROFESIONALES

*Criterios clínicos, evaluación profunda,
diagnóstico diferencial y estándares éticos
para una práctica responsable.*

Capítulo 20

Orientaciones clínicas para profesionales

*Mirada amplia – Basado en evidencia -
Libre de presiones ideológicas*

El trabajo clínico con niños y adolescentes que expresan malestar respecto a su identidad exige una mirada amplia, prudente y libre de presiones ideológicas. Durante años, muchos sistemas de salud adoptaron modelos afirmativos que simplificaron procesos complejos y redujeron la exploración clínica a una confirmación identitaria. Hoy sabemos que ese enfoque no es seguro ni suficiente. Este capítulo ofrece orientaciones esenciales para quienes desean trabajar con rigor, profundidad y responsabilidad.

La identidad no es un diagnóstico

El malestar identitario no constituye una categoría clínica en sí misma. El objetivo del profesional no es definir quién es el niño, sino comprender qué le sucede, qué siente, qué teme y qué intenta resolver a través de su relato. La identidad es un proceso en desarrollo, no un destino. El diagnóstico debe centrarse en el sufrimiento, no en la etiqueta.

La evaluación debe ser amplia y multidimensional

La evaluación clínica debe ser integral. Requiere tiempo y debe abarcar historia del desarrollo, estado de salud mental,

neurodiversidad, contexto social-escolar-digital, sexualidad, pubertad, imagen corporal y dinámica familiar. Una evaluación apresurada —en una o dos sesiones— tiende a fijar identidades inmaduras y dificulta comprender el origen del malestar.

El enfoque debe ser exploratorio, no afirmativo

El modelo afirmativo parte de la premisa reduccionista “si lo dice, es así”, lo que inhibe la exploración, fija identidades inestables y puede conducir a intervenciones dañinas. El enfoque exploratorio escucha sin confirmar, acompaña sin dirigir, pregunta sin presionar y abre posibilidades en lugar de cerrarlas. El objetivo no es validar una identidad, sino comprender un sufrimiento.

La intervención médica no es primera línea

La evidencia internacional muestra que los bloqueadores no son neutros, no son completamente reversibles, ni reducen la angustia de manera sostenida. En menores, la primera línea de intervención es psicológica y familiar, no farmacológica.

El trabajo clínico debe incluir a la familia

La familia es el principal factor protector. Trabajar sin ella —o en contra de ella— es clínicamente inadecuado. El profesional debe fortalecer el rol parental, ayudar a los padres a recuperar autoridad afectiva, evitar discursos culpabilizantes y protegerlos de presiones externas. El niño necesita adultos fuertes, no adultos anulados.

La clínica debe estar libre de ideología

El profesional debe distinguir ciencia de doctrina. La consulta no puede convertirse en un espacio de militancia. Es esencial evitar lenguaje doctrinario, marcos identitarios rígidos, promoción de cambios sociales y narrativas simplificadoras. La neutralidad clínica es una forma de protección.

El foco debe estar en el sufrimiento, no en la etiqueta

El malestar identitario suele funcionar como síntoma, metáfora, expresión de angustia, intento de pertenencia o forma de nombrar un conflicto interno. El trabajo clínico debe centrarse en autoestima, ansiedad, trauma, vergüenza corporal, dificultades sociales, orientación sexual en exploración, neurodiversidad y conflictos familiares. La identidad es la punta del iceberg, no el iceberg.

Evitar intervenciones que fijen identidades inmaduras

Debe evitarse promover cambios sociales desde la clínica, recomendar nombres o pronombres alternativos, emitir sugerencias escolares sin evaluación o reforzar narrativas rígidas. El profesional debe proteger la plasticidad identitaria.

Sostener la incertidumbre

La clínica requiere tolerar no saber, no definir rápido, no cerrar procesos y no apresurar conclusiones. La incertidumbre no es debilidad: es madurez clínica.

El objetivo final es aliviar el sufrimiento y permitir el desarrollo

El profesional no debe definir identidades ni dirigir caminos. Debe aliviar angustia, fortalecer vínculos, promover maduración y acompañar sin urgencia. El desarrollo necesita tiempo, calma y adultos prudentes.

En suma, el trabajo clínico con malestar identitario exige ética, evidencia y humanidad. No se trata de confirmar identidades, sino de comprender sufrimientos. No se trata de acelerar procesos, sino de proteger trayectorias. El profesional que trabaja con prudencia se convierte en un verdadero factor protector.

Puntos esenciales

- **La identidad no es un diagnóstico.**
El foco debe estar en el sufrimiento, no en la etiqueta.
- **La evaluación debe ser integral.**
Requiere tiempo y debe abarcar desarrollo, salud mental, neurodiversidad, contexto social-escolar-digital, sexualidad, pubertad, imagen corporal y dinámica familiar.
- **El enfoque debe ser exploratorio.**
Escuchar sin confirmar, acompañar sin dirigir y abrir posibilidades sin fijar identidades.
- **La intervención médica no es primera línea.**
En menores, la prioridad es el abordaje psicológico y familiar.

- **La familia es un factor protector.**
El trabajo clínico debe fortalecer el rol parental y evitar discursos culpabilizantes.
- **La clínica debe estar libre de ideología.**
Neutralidad, prudencia y evidencia por encima de marcos doctrinarios.
- **El malestar identitario es un síntoma, no un destino.**
La identidad es la punta del iceberg; el trabajo clínico aborda lo que está debajo.
- **Evitar intervenciones que fijen identidades inmaduras.**
No promover cambios sociales ni reforzar narrativas rígidas.
- **Sostener la incertidumbre.**
No saber rápido es parte del rigor clínico.
- **El objetivo es aliviar el sufrimiento y permitir el desarrollo.**
Acompañar sin urgencia, proteger trayectorias y favorecer maduración.

Capítulo 21

Protocolo de evaluación para infancia y adolescencia

Rigor — Prudencia — Sensibilidad

Cómo comprender el malestar identitario sin reducirlo a etiquetas

Evaluar a un niño o adolescente que expresa malestar con su identidad o su cuerpo es una tarea clínica compleja que exige tiempo, profundidad y una mirada amplia. No se trata de confirmar una etiqueta ni de seguir un guion ideológico, sino de comprender un sufrimiento, explorar su origen y proteger el desarrollo del menor. Este capítulo presenta un protocolo de evaluación integral para profesionales que desean trabajar con rigor, prudencia y neutralidad. No es un listado mecánico, sino un mapa clínico que orienta la mirada hacia los aspectos que realmente importan.

Principios que orientan toda evaluación

Toda evaluación debe sostener cuatro convicciones básicas: la identidad no es un diagnóstico y el objetivo no es definir quién es el niño, sino entender qué le sucede; la evaluación requiere tiempo, porque la prisa fija identidades inmaduras; la familia es parte del proceso y trabajar sin ella es clínicamente inadecuado; y la neutralidad ideológica es indispensable, porque la clínica no puede convertirse en un espacio de militancia ni de afirmación automática.

Seis dimensiones para comprender el malestar

Una evaluación completa debe recorrer seis áreas fundamentales, cada una de las cuales ilumina un aspecto distinto del malestar y permite construir una comprensión clínica sólida.

1. Historia del desarrollo

La identidad se construye sobre la historia del niño. Es necesario explorar vínculos tempranos, hitos del desarrollo, experiencias de apego, roles de género en la familia, juegos e intereses, y la relación con el cuerpo a lo largo del tiempo. La pregunta clínica es cómo encaja el malestar actual dentro de esa trayectoria.

2. Salud mental actual

El malestar identitario suele coexistir con ansiedad, depresión, trauma, duelo, trastornos alimentarios, autolesiones o ideación suicida. Es fundamental determinar si la identidad funciona como expresión de otro dolor, intento de explicación, vía de escape o síntoma secundario.

3. Neurodiversidad

Muchos menores con malestar identitario presentan rasgos de autismo, TDAH, rigidez cognitiva, dificultades sociales o perfiles sensoriales atípicos. La neurodiversidad puede influir en la incomodidad corporal, la necesidad de certezas, la dificultad para tolerar la ambigüedad y la búsqueda de explicaciones rápidas. La pregunta es si la identidad está organizando dificultades previas no reconocidas.

4. Contexto social, escolar y digital

El entorno puede amplificar, moldear o incluso generar malestar identitario. En la escuela conviene explorar relaciones con pares, bullying, contagio social, discursos ideológicos e intervenciones sin consentimiento familiar. En el mundo digital es necesario indagar consumo de redes, influencers que promueven transiciones rápidas, comunidades que deslegitiman a los padres, contenido sexualizado y algoritmos que refuerzan narrativas identitarias. La pregunta clave es si el malestar nació en el niño o en el algoritmo.

5. Sexualidad, pubertad e imagen corporal

La pubertad puede generar vergüenza, incomodidad, confusión sexual o rechazo al cuerpo. Es esencial diferenciar entre disforia corporal, disforia puberal, dismorfia, confusión sexual y malestar identitario.

6. Dinámica familiar

La familia es el principal factor protector. Es necesario explorar estilos parentales, comunicación, conflictos, expectativas sobre género, duelos o crisis recientes y capacidad de sostener límites. La pregunta es qué lugar ocupa el malestar dentro del clima emocional familiar.

Cómo entrevistar

La entrevista con los padres debe indagar historia del malestar, temores, límites actuales, exposición digital y presiones externas. Con el niño, es importante escuchar su relato espontáneo, emociones, influencias sociales y digitales, relación con el cuerpo, fantasías y miedos. La observación clínica debe registrar rigidez narrativa,

ansiedad, evitación y lenguaje corporal. La entrevista conjunta permite observar comunicación, tensiones y capacidad de escucha.

Señales que exigen profundizar

Requieren especial atención los relatos rígidos o guionados, los cambios identitarios abruptos, la influencia digital intensa, la presencia de depresión o autolesiones, el trauma, la neurodiversidad no diagnosticada, la presión escolar o social y la anulación parental. Estas señales no justifican acelerar intervenciones: exigen prudencia.

Cuándo derivar y cuándo no

La intervención médica no es primera línea. Solo se considera cuando existe sufrimiento severo y persistente, se descartaron otras causas, interviene un equipo multidisciplinario, la familia participa y se realizó una evaluación extensa. En la mayoría de los casos, la intervención adecuada es psicoterapia exploratoria, trabajo con la familia, manejo de ansiedad o depresión y acompañamiento en la pubertad.

Documentación clínica

Debe registrarse la historia completa, las hipótesis clínicas, los factores de riesgo, las influencias externas y digitales, la evolución del malestar y las decisiones con sus justificaciones. La documentación protege al niño y al profesional.

En suma, evaluar es explorar con tiempo, neutralidad y evidencia. Evaluar no es etiquetar: es comprender, proteger y dar tiempo. Este protocolo ofrece un camino claro para trabajar con rigor y sin ceder a presiones externas, manteniendo siempre el foco en lo esencial: el bienestar del menor.

Puntos esenciales

- **La identidad no es un diagnóstico.**

El objetivo es comprender el sufrimiento, no confirmar etiquetas.

- **La evaluación requiere tiempo.**

Los procesos rápidos fijan identidades inmaduras y oscurecen el origen del malestar.

- **La familia es parte del proceso.**

Trabajar sin los padres —o en contra de ellos— compromete la calidad clínica.

- **La neutralidad ideológica es indispensable.**

La consulta debe mantenerse libre de marcos doctrinarios y presiones externas.

- **La historia del desarrollo orienta la comprensión.**

El malestar actual debe leerse dentro de la trayectoria vital del niño.

- **La salud mental actual debe evaluarse con precisión.**

Ansiedad, depresión, trauma o duelo pueden organizar el malestar identitario.

- **La neurodiversidad puede influir en la vivencia corporal.**

Rigidez cognitiva, dificultades sociales o perfiles sensoriales requieren exploración específica.

- **El contexto social, escolar y digital puede amplificar el malestar.**

Es crucial distinguir lo que nace del niño de lo que proviene del entorno o del algoritmo.

- **La pubertad y la imagen corporal son factores centrales.**

Diferenciar disforia, dismorfia y confusión sexual evita diagnósticos erróneos.

- **La intervención médica no es primera línea.**

La prioridad es la exploración psicológica y el trabajo con la familia.

Capítulo 22

Señales de alarma para profesionales

Indicadores clínicos críticos

Cómo reconocer patrones de riesgo en la práctica clínica

El trabajo clínico con niños, adolescentes y familias que atraviesan dudas respecto a la identidad o la orientación sexual exige una mirada fina, prudente y profundamente humana. No se trata de patologizar la variabilidad, sino de reconocer cuándo esa variabilidad deja de ser parte del desarrollo y comienza a transformarse en un signo de sufrimiento, rigidez o desorganización emocional.

En los últimos años, muchos profesionales han expresado que la mayor dificultad no radica en comprender la diversidad humana, sino en discernir cuándo un malestar requiere acompañamiento clínico y cuándo la institución —sea escuela, familia o sistema de salud— está reforzando sin querer una narrativa identitaria que el propio desarrollo podría resolver de manera natural.

Este capítulo propone un conjunto de señales de alarma que no deben interpretarse como diagnósticos, sino como indicadores de que el profesional debe detenerse, escuchar más profundamente y evaluar con mayor amplitud. Son señales que invitan a la prudencia, no a la intervención apresurada.

Cambios bruscos y recientes en la autoidentificación.

Cuando un niño o adolescente adopta una identidad nueva de manera súbita, sin un proceso previo de exploración, reflexión o malestar sostenido, es importante considerar si la identidad surge en un contexto de crisis emocional, tras un evento traumático, coincide con cambios abruptos en el entorno o responde a dinámicas grupales y presiones sociales. La identidad, cuando es sólida, no emerge de un día para el otro.

Narrativas rígidas o absolutas.

Una señal de alarma frecuente es la presencia de discursos sin matices, donde el adolescente no tolera preguntas, no admite dudas, no puede explorar alternativas o se aferra a definiciones identitarias como si fueran la única vía posible para aliviar un malestar más profundo. La rigidez nunca es un signo de salud psíquica; es un signo de defensa.

Malestar emocional previo no abordado.

Muchos adolescentes que expresan dudas identitarias presentan antecedentes de ansiedad, depresión, retraimiento social, bullying, trastornos alimentarios o dificultades en la regulación emocional. En estos casos, la identidad puede funcionar como un organizador provisional del malestar, no como su causa.

Rechazo intenso hacia el propio cuerpo.

El rechazo corporal es común en la adolescencia, pero se vuelve señal de alarma cuando es persistente, se acompaña de autolesiones, aparece con un tono de repudio o asco, o se dirige específicamente hacia los caracteres sexuales secundarios. El cuerpo se convierte entonces en el escenario donde se inscribe un conflicto más profundo.

Aislamiento social o dependencia excesiva de comunidades virtuales.

Muchos adolescentes encuentran en internet espacios de pertenencia, pero cuando el grupo virtual reemplaza a la familia, desalienta el contacto con adultos o promueve narrativas identitarias rígidas, el profesional debe evaluar si el joven está siendo expuesto a dinámicas de refuerzo social que dificultan la exploración interna.

Conflictos familiares intensos o polarizados.

Cuando la identidad del adolescente se convierte en el eje de un conflicto familiar, es fundamental evaluar si está siendo utilizada como bandera, si existen alianzas rígidas o si el joven queda atrapado en dinámicas de lealtades divididas. El conflicto familiar no define la identidad, pero puede distorsionarla.

Expectativas irreales sobre intervenciones sociales o médicas.

Otra señal de alarma es cuando el adolescente cree que un cambio de nombre, de pronombres o una intervención médica resolverá de manera inmediata su malestar emocional. La identidad nunca es un atajo terapéutico.

Falta de evaluación clínica previa.

Cuando la escuela o el entorno social adoptan medidas afirmativas sin evaluación clínica, el profesional debe intervenir para restablecer el orden adecuado de los procesos: primero la escucha, luego la evaluación y recién después las decisiones.

Principio general.

La presencia de una señal de alarma no define un diagnóstico, pero sí exige prudencia, evaluación clínica y acompañamiento profesional cuidadoso.

Puntos esenciales

- Cambios identitarios bruscos: identidad emergente sin proceso previo.
- Narrativas rígidas: falta de matices e intolerancia a la exploración.
- Malestar emocional previo: ansiedad, depresión, trauma, bullying.
- Rechazo corporal intenso: autolesiones y repudio al cuerpo sexual.
- Aislamiento o dependencia virtual: comunidades que reemplazan vínculos adultos.
- Conflictos familiares polarizados: identidad como bandera de disputa.
- Expectativas irreales: creer que cambios sociales o médicos resolverán el malestar.
- Ausencia de evaluación clínica: medidas afirmativas sin diagnóstico.

Capítulo 23

Intervenciones clínicas recomendadas

Sin acelerar - Sin imponer - Sin definir

Cómo acompañar la búsqueda identitaria con apertura y cuidado

Una vez realizada la evaluación clínica, el profesional se encuentra frente a una pregunta inevitable: ¿qué intervención es adecuada? La respuesta no es una receta, pero sí existen principios sólidos, basados en evidencia y en prudencia clínica, que orientan el camino. Este capítulo presenta las intervenciones recomendadas para acompañar a niños y adolescentes con malestar identitario, priorizando siempre la seguridad, la maduración y el bienestar emocional.

La intervención más importante es la contención emocional.

El primer objetivo no es cambiar nada, sino aliviar el sufrimiento. El niño necesita un espacio donde pueda hablar sin miedo, sin presión y sin urgencia. Contener implica escuchar sin confirmar, validar el malestar sin validar conclusiones apresuradas, ayudar a poner palabras a emociones confusas, reducir la ansiedad y sostener la incertidumbre. La contención no es pasividad: es protección.

El trabajo con la familia es central.

La familia es el principal factor protector y el profesional debe trabajar con los padres tanto como con el niño. Esto supone fortalecer la autoridad afectiva, ayudar a sostener límites claros, reducir

la ansiedad parental, orientar sobre el uso de redes y acompañar a los padres en su propio proceso emocional. Un niño contenido por adultos serenos tiene más posibilidades de atravesar su malestar sin fijarlo en una identidad rígida.

La psicoterapia exploratoria es la intervención de primera línea.

El objetivo es comprender el origen del malestar, explorar emociones, miedos y fantasías, trabajar la relación con el cuerpo, abordar ansiedad, depresión o trauma, fortalecer la autoestima, mejorar habilidades sociales y acompañar la construcción de identidad sin urgencia. No se trata de definir quién es el niño, sino de ayudarlo a entender lo que siente.

Evitar intervenciones que fijen identidades inmaduras.

El profesional debe ser cuidadoso con prácticas que, aunque parezcan de apoyo, pueden consolidar narrativas rígidas. Entre ellas se encuentran cambios sociales promovidos desde la clínica, uso de nombres o pronombres alternativos, recomendaciones escolares sin evaluación profunda o intervenciones que refuerzan la idea de que la identidad ya está definida. Estas prácticas pueden cerrar procesos que necesitan tiempo para madurar.

Acompañar la pubertad, no bloquearla.

La pubertad es un motor de integración identitaria. Bloquearla no reduce la angustia de manera sostenida y puede generar riesgos significativos. La intervención adecuada incluye psicoeducación sobre los cambios corporales, trabajo sobre la vergüenza, apoyo emocional ante la ansiedad puberal, exploración de la orientación sexual y fortalecimiento de la relación con el propio cuerpo. La pubertad no es el problema: es parte de la solución.

Intervenir sobre el mundo digital.

El entorno digital puede intensificar el malestar. Es necesario reducir el consumo compulsivo, supervisar contenidos, desactivar algoritmos que refuercen narrativas identitarias, acompañar la interpretación crítica de lo que se ve y fortalecer vínculos fuera de la pantalla. El objetivo no es prohibir, sino proteger.

Intervenir sobre el contexto escolar.

La escuela puede ser apoyo o presión. El profesional debe ayudar a la familia a solicitar que no se realicen cambios sociales sin consentimiento, evitar intervenciones ideológicas, proteger al niño de bullying o contagio social y promover un entorno seguro y no doctrinario. La escuela educa, la clínica evalúa y la familia decide.

Abordar comorbilidades y factores asociados.

El malestar identitario rara vez aparece solo. Es fundamental intervenir sobre ansiedad, depresión, trauma, trastornos alimentarios, dificultades sociales, neurodiversidad y conflictos familiares. Cuando estos factores mejoran, el malestar identitario suele disminuir o transformarse.

Promover la construcción de identidad sin urgencia.

La identidad necesita tiempo, experiencias, vínculos y maduración. El profesional debe sostener la exploración, permitir la ambivalencia, evitar definiciones prematuras, acompañar la construcción de una narrativa personal más amplia y reforzar que no es necesario decidir nada ahora. La identidad no se descubre: se construye.

Cuándo derivar a un equipo multidisciplinario.

La derivación debe considerarse solo cuando existe sufrimiento severo y persistente, se han descartado otras causas, hay riesgo significativo para la salud mental, la familia está involucrada, se ha

realizado una evaluación extensa y se han agotado intervenciones psicológicas. La intervención médica en menores es excepcional, no estándar.

Lo que nunca debe hacerse.

Hay intervenciones que no son seguras en menores y deben evitarse: bloqueadores hormonales como primera línea, hormonas cruzadas sin evaluación profunda, cambios sociales promovidos por la escuela o la clínica, intervenciones basadas en presión social o ideológica y decisiones rápidas ante amenazas emocionales. La urgencia emocional no debe convertirse en urgencia clínica.

En suma, acompañar a un menor con malestar identitario no es acelerar, confirmar ni dirigir. Es escuchar, contener, explorar y proteger. Las intervenciones recomendadas buscan aliviar el sufrimiento sin fijar identidades inmaduras, sostener la maduración sin urgencia y permitir que el niño crezca con tiempo, calma y vínculos sólidos. El objetivo no es definir quién es, sino cuidarlo mientras lo descubre.

Puntos esenciales

- Contención emocional: escuchar, validar, reducir ansiedad.
- Trabajo con la familia: fortalecer autoridad y límites.
- Psicoterapia exploratoria: comprender origen del malestar.
- Evitar fijar identidades inmaduras: no promover cambios sociales.
- Acompañar la pubertad: educar, apoyar, integrar.

- Mundo digital: supervisar, reducir consumo, proteger.
- Contexto escolar: evitar cambios sin consentimiento, prevenir ideologías.
- Comorbilidades: tratar ansiedad, depresión, trauma, dificultades sociales.
- Construcción de identidad sin urgencia: sostener exploración y ambivalencia.
- Derivación multidisciplinaria: solo en casos severos y persistentes.
- Nunca hacer: bloqueadores hormonales, hormonas cruzadas sin evaluación, cambios sociales impuestos.

Capítulo 24

Límites éticos y responsabilidades profesionales

Un marco deontológico esencial

Cómo ejercer la práctica clínica con prudencia, integridad y protección del niño

El trabajo con menores que expresan malestar identitario exige un marco ético sólido. No basta con tener buena intención: es necesario sostener límites claros, evitar intervenciones dañinas y resistir presiones externas que pueden distorsionar la práctica clínica. Este capítulo establece los principios éticos fundamentales que deben guiar la intervención profesional, así como los límites que no deben cruzarse bajo ninguna circunstancia.

La responsabilidad principal del profesional es proteger al niño.

El profesional no trabaja para una ideología, una institución, un movimiento social ni una agenda política: trabaja para el niño. Esto implica priorizar su bienestar emocional, evitar intervenciones irreversibles o prematuras, sostener la neutralidad clínica, resistir presiones externas y actuar con prudencia incluso cuando el entorno exige urgencia. La ética clínica comienza por recordar que el menor está en desarrollo y necesita tiempo, contención y estabilidad.

La neutralidad ideológica es un deber ético, no una opción.

La consulta clínica no puede convertirse en un espacio de militancia. El profesional debe evitar lenguaje doctrinario, marcos identitarios rígidos, presiones para “afirmar”, discursos que deslegitimen a la familia y recomendaciones basadas en ideología en lugar de evidencia. La neutralidad no es frialdad: es protección.

El consentimiento informado debe ser real, no simbólico.

En menores, el consentimiento informado es complejo porque el niño no puede comprender plenamente los riesgos médicos, la irreversibilidad de ciertas intervenciones, las consecuencias a largo plazo ni el impacto en la fertilidad, la salud ósea o el desarrollo. Por eso, el consentimiento informado debe recaer en los padres, asegurando que comprendan los riesgos, que no estén siendo presionados, que no se sientan culpables por pedir prudencia y que tengan acceso a información clara y equilibrada. Siempre que sea posible, se debe trabajar con ambos progenitores en la toma de decisiones. Un consentimiento basado en miedo o desinformación no es ético.

La intervención médica en menores exige un estándar ético más alto.

Los bloqueadores y las hormonas cruzadas no son intervenciones neutrales. El profesional tiene la responsabilidad ética de no recomendarlos como primera línea, no presentarlos como “reversibles”, no minimizar riesgos, no iniciar procesos sin evaluación profunda y no actuar bajo presión escolar, social o emocional. La ética exige prudencia, no urgencia.

El profesional no debe trabajar a espaldas de la familia.

La familia es el principal factor protector y excluirla es una falta ética grave. El profesional debe incluir a los padres desde el inicio, evitar secretos clínicos que generen alianzas inapropiadas,

no promover cambios sociales sin consentimiento familiar, no desautorizar a los padres y no fomentar la idea de que “la familia es el problema”. El niño necesita adultos coordinados, no divididos.

La confidencialidad tiene límites cuando hay riesgo.

La confidencialidad es un pilar ético, pero no es absoluta. Cuando hay riesgo de autolesiones, ideación suicida, abuso, presión externa o intervenciones médicas no supervisadas, el profesional tiene la responsabilidad de informar a los padres y proteger al niño. La ética no consiste en guardar secretos, sino en cuidar vidas.

El profesional debe resistir presiones institucionales o sociales.

Hoy existen presiones que pueden distorsionar la práctica clínica: escuelas que exigen “afirmación”, instituciones que promueven protocolos ideológicos, pares que presionan para seguir modas clínicas, redes sociales que generan expectativas irreales y familias que buscan soluciones rápidas. El profesional ético debe sostener su criterio clínico incluso cuando eso implique incomodidad o desacuerdo con el entorno. La ética requiere valentía.

No intervenir es también una intervención.

La prudencia no es pasividad. La “espera acompañada” es una intervención ética y activa que implica observar, contener, explorar, sostener, dar tiempo y evitar decisiones irreversibles. La ética clínica reconoce que, en muchos casos, no hacer cambios es lo que protege.

El profesional debe reconocer sus propios límites.

La ética también implica humildad. El profesional debe saber cuándo derivar, cuándo pedir supervisión, cuándo consultar a un equipo multidisciplinario, cuándo detener una intervención y cuándo reconocer que no tiene todas las respuestas. La práctica ética no se basa en certezas, sino en responsabilidad.

La documentación clínica es un acto ético.

Registrar adecuadamente la evaluación, las hipótesis clínicas, las decisiones tomadas, las razones de cada intervención, las influencias externas y la evolución del malestar protege al niño, a la familia y al profesional. La ética también se escribe.

En conclusión, los límites éticos no restringen la práctica clínica: la protegen. Protegen al niño de intervenciones apresuradas, a la familia de presiones externas y al profesional de errores irreversibles. El profesional ético no acelera: cuida.

Puntos esenciales

- Proteger al niño: bienestar emocional y prudencia.
- Neutralidad ideológica: evitar militancia y marcos rígidos.
- Consentimiento informado real: padres informados y libres de presión.
- Intervención médica: nunca como primera línea, siempre con evaluación profunda.
- Trabajo con la familia: incluirla desde el inicio.
- Confidencialidad con límites: informar cuando hay riesgo.
- Resistir presiones externas: sostener criterio clínico con valentía.
- No intervenir también protege: la espera acompañada es ética.

Capítulo 25

La intervención con ambos padres

Análisis clínico protector

Por qué la presencia de los dos progenitores es un factor protector decisivo

La intervención clínica en temas de identidad durante la infancia y la adolescencia no puede comprenderse sin considerar el lugar de los padres. No se trata solo de una cuestión legal o administrativa: es una cuestión profundamente evolutiva. La identidad se construye en relación, y la familia es el primer escenario donde esa construcción ocurre. Por eso, trabajar con ambos padres no es un detalle técnico, sino un principio clínico fundamental.

En los últimos años, muchos profesionales han observado que las consultas por dudas identitarias suelen aparecer en contextos familiares atravesados por tensiones, silencios, desacuerdos o estilos parentales muy distintos. A veces, uno de los padres se siente más cercano al adolescente y el otro más distante; a veces, uno teme “perder” a su hijo si no lo apoya de inmediato, mientras el otro teme que una intervención apresurada pueda dañarlo. Estas diferencias no son un obstáculo para la clínica: son parte del material clínico mismo.

La importancia de la presencia de ambos padres

Cuando solo uno de los padres participa del proceso, la intervención queda inevitablemente incompleta. La identidad del niño

se despliega en un entramado relacional donde cada figura parental aporta un registro distinto: sostén, límite, contención, perspectiva, historia. La ausencia de uno de ellos deja un vacío que puede distorsionar la comprensión del malestar.

La presencia de ambos padres permite reconstruir la historia del niño desde múltiples miradas, comprender mejor los momentos de inflexión, y detectar si la identidad emergente está funcionando como respuesta a tensiones familiares no elaboradas. La clínica no busca culpables, sino contexto.

Cuando los padres no están de acuerdo

Es frecuente que los padres lleguen con posiciones divergentes. Uno puede inclinarse hacia una intervención afirmativa inmediata, mientras el otro pide prudencia. Estas diferencias suelen vivirse como un problema, pero en realidad son una oportunidad clínica. La divergencia obliga a detenerse, a pensar, a no precipitar decisiones.

El profesional debe sostener un espacio donde ambos padres puedan expresar sus temores, sus expectativas y sus dudas sin ser descalificados. La tarea no es lograr que estén de acuerdo, sino **que puedan pensar juntos**, incluso desde posiciones distintas. La identidad del niño no puede convertirse en el campo de batalla de los adultos.

El riesgo de las alianzas rígidas

En algunos casos, el adolescente se alinea fuertemente con uno de los padres, mientras rechaza al otro. Esta alianza puede reforzar narrativas identitarias que funcionan como refugio frente a conflictos familiares no resueltos. Cuando esto ocurre, el profesional debe trabajar para desarmar la rigidez, no para confirmar la alianza.

La intervención con ambos padres permite evitar que la identidad del niño quede atrapada en dinámicas de lealtad, compensación o protesta. La identidad no puede ser utilizada —consciente o inconscientemente— como un modo de organizar el conflicto familiar.

La función del profesional como tercero

El profesional ocupa un lugar único: no es parte de la familia, no toma partido, no se alinea con ninguna posición. Su función es la de un tercero que permite que la palabra circule, que los temores se nombren y que las decisiones se tomen desde la reflexión, no desde la urgencia.

Cuando ambos padres están presentes, el profesional puede sostener un espacio donde cada uno pueda escuchar al otro sin quedar atrapado en la defensa de su postura. La clínica se convierte así en un lugar donde la familia puede reorganizarse alrededor del bienestar del niño.

La intervención sin ambos padres: límites y riesgos

Cuando uno de los padres está ausente —por distancia, conflicto, desinterés o exclusión— la intervención se vuelve más frágil. El profesional debe ser especialmente cuidadoso para no quedar capturado por la perspectiva del padre presente. En estos casos, la tarea consiste en reconstruir la historia familiar con la mayor fidelidad posible, evitar decisiones que requieran consenso parental, y trabajar para restablecer, cuando sea posible, la participación del padre ausente.

La ausencia de uno de los padres no invalida la intervención, pero sí exige mayor prudencia.

La identidad como proceso familiar, no individual

Aunque la vivencia identitaria es íntima y personal, su elaboración nunca es puramente individual. La familia es el primer espejo donde el niño se reconoce, se diferencia y se construye. Por eso, cualquier intervención que pretenda acompañar un proceso identitario sin incluir a ambos padres corre el riesgo de reducir la complejidad del fenómeno.

La intervención con ambos padres no es un requisito administrativo: es una condición clínica para comprender el malestar, acompañar la exploración y proteger el desarrollo.

Puntos esenciales

- **La identidad se construye en relación.**
La presencia de ambos padres permite comprender el contexto evolutivo del niño.
- **La divergencia parental no es un obstáculo.**
Es una oportunidad para pensar y evitar decisiones apresuradas.
- **Las alianzas rígidas distorsionan el proceso.**
La clínica debe desarmarlas, no reforzarlas.
- **El profesional es un tercero, no un árbitro.**
Su función es sostener la reflexión, no tomar partido.
- **La ausencia de un padre exige mayor prudencia.**
Las decisiones deben evitar fijar identidades sin consenso familiar.

- **La intervención con ambos padres protege al niño.**
Evita que la identidad se convierta en un organizador del conflicto familiar.

Principio rector:

La participación de ambos padres no es un formalismo: es un requisito clínico para acompañar procesos identitarios de manera ética, prudente y evolutiva.

Capítulo 26

El caso de Uruguay: por qué las decisiones sobre identidad requieren a ambos padres

Corresponsabilidad – Prudencia – Protección

La discusión sobre identidad de género en la infancia y la adolescencia adquiere en Uruguay un matiz particular debido a la estructura jurídica del país, la tradición de protección integral del niño y el fuerte énfasis en la corresponsabilidad parental. En este contexto, cualquier decisión que involucre el cambio de la identidad, el nombre, la expresión o el reconocimiento social del niño no puede ser tomada de manera unilateral. No se trata de un formalismo legal, sino de un principio profundamente arraigado en la concepción uruguaya de infancia: el niño es sujeto de derechos, y los padres son sus garantes primarios.

En los últimos años, la práctica clínica ha mostrado que muchas instituciones educativas, organizaciones sociales e incluso algunos equipos técnicos han interpretado la identidad de género como un asunto que puede resolverse entre el niño y un adulto de referencia, sin necesidad de involucrar a ambos padres. Esta tendencia, aunque bienintencionada, desconoce la arquitectura jurídica del país y, sobre todo, la dinámica evolutiva del desarrollo infantil.

El marco jurídico uruguayo: corresponsabilidad y decisiones compartidas

El derecho uruguayo establece con claridad que las decisiones relevantes sobre la vida del niño —incluyendo su educación, su salud, su identidad y su representación social— deben ser tomadas por ambos padres, salvo situaciones excepcionales. La patria potestad no es un privilegio, sino una responsabilidad compartida.

En este marco, cualquier intervención que modifique la forma en que el niño es nombrado, reconocido o presentado en el ámbito escolar constituye una decisión que no puede ser tomada por un solo progenitor, ni por la escuela, ni por un técnico en solitario. La identidad, en Uruguay, es un asunto de corresponsabilidad parental.

La identidad como categoría jurídica y no solo psicológica

En Uruguay, el nombre, la identidad y la representación social del niño tienen un estatuto jurídico específico. No son meras expresiones subjetivas, sino elementos protegidos por normas que buscan garantizar estabilidad, continuidad y coherencia en el desarrollo. Por eso, cuando una institución educativa decide unilateralmente llamar a un niño por un nombre distinto, modificar listas, adaptar documentos internos o introducir cambios simbólicos, está realizando un acto que tiene consecuencias jurídicas. No es un gesto menor: es una intervención sobre la identidad civil del niño. La clínica debe recordar que la identidad psicológica y la identidad jurídica no pueden separarse sin generar tensiones evolutivas.

El riesgo de decisiones unilaterales en contextos de conflicto parental

En la práctica clínica uruguaya, es frecuente que los padres no estén de acuerdo respecto a cómo acompañar al niño en su proceso identitario. Uno puede inclinarse hacia una afirmación inmediata, mientras el otro pide prudencia. Cuando una escuela o un técnico decide avanzar con el consentimiento de un solo progenitor, actúa dentro de lo que la normativa permite. Sin embargo, desde la perspectiva clínica, esta modalidad resulta problemática: coloca al niño en el centro del conflicto, transformando su identidad en un campo de disputa. El niño queda atrapado entre dos lealtades, obligado a elegir entre sus padres o a alinearse con el adulto que lo escucha más de cerca. Esta situación no solo es injusta: es clínicamente dañina. Por ello, mientras sea posible, toda decisión debería contar con la participación conjunta de ambos padres. Si bien la normativa habilita la intervención de uno solo, la clínica considera indispensable la corresponsabilidad, salvo en situaciones de monoparentalidad o ausencia, en las que deben buscarse alternativas que garanticen igualmente el bienestar integral del niño.

La tradición uruguaya de protección del niño: prudencia, no urgencia

Uruguay tiene una larga tradición de políticas de infancia basadas en la protección integral, la gradualidad y la participación familiar. En este marco, las decisiones apresuradas son vistas como riesgosas, especialmente cuando involucran aspectos identitarios. La identidad del niño no puede ser tratada como un trámite administrativo ni como una demanda que debe resolverse de inmediato.

El análisis de la identidad cuando se presenta como malestar exige tiempo, diálogo, evaluación y participación familiar plena.

La escuela como garante, no como sustituto de la familia

Las instituciones educativas uruguayas tienen un rol claro: contener, observar y comunicar. Pero no pueden sustituir a la familia ni tomar decisiones que corresponden a los padres. Cuando una escuela actúa sin ambos progenitores, rompe el equilibrio institucional que protege al niño. La escuela no debe fijar identidades, ni validar cambios sociales sin evaluación clínica, ni actuar como árbitro entre los padres. Su función es garantizar el bienestar del niño dentro del marco jurídico y clínico adecuado.

La clínica como espacio de articulación

El profesional de la salud mental ocupa un lugar único: puede ayudar a los padres a comprender el proceso, a escuchar al niño, a pensar juntos y a tomar decisiones informadas. Pero para que esto sea posible, ambos padres deben estar presentes. La intervención clínica no puede avanzar con un solo progenitor, porque la identidad del niño no puede ser comprendida sin el entramado familiar completo. La clínica no toma partido: articula, ordena, acompaña y protege.

Puntos esenciales

- La corresponsabilidad parental es un principio jurídico central.
- La identidad del niño tiene estatuto jurídico y consecuencias legales.
- Las decisiones unilaterales colocan al niño en el centro del conflicto.
- La tradición uruguaya exige prudencia y gradualidad.
- La escuela acompaña, pero no sustituye a la familia.
- La clínica articula, no define: protege al niño y promueve decisiones compartidas.

Principio rector: En Uruguay, la identidad del niño constituye un asunto clínico, jurídico y familiar. Por ello, toda decisión que la involucre debe contar, mientras sea posible, con la presencia, el consentimiento y la responsabilidad conjunta de ambos padres. Aunque la normativa vigente habilita la intervención de uno solo, la práctica clínica exige la coparticipación de ambos, con el fin de asegurar una intervención adecuada y orientada siempre al bienestar integral del menor, tanto en su presente como en su futuro.

Capítulo 27

Diagnóstico diferencial: disforia de género vs. condiciones intersexo (DSD)

Perspectiva diagnóstica integral

Diferencias entre confusión identitaria y variaciones orgánicas cromosómicas, gonadales, embriológicas u hormonales

En la práctica clínica es fundamental distinguir entre disforia de género —un malestar psicológico relacionado con la identidad— y las variaciones intersexo, que son condiciones biológicas del desarrollo sexual. Confundir ambas realidades genera errores diagnósticos, intervenciones inapropiadas y sufrimiento innecesario. Este capítulo ofrece un marco claro, accesible y clínicamente sólido para diferenciar entre malestar identitario y condiciones intersexo, y para acompañar a las familias con rigor y prudencia.

Disforia de género: un malestar psicológico, no biológico.

La disforia de género implica malestar con el propio cuerpo, incomodidad con los roles de género, ansiedad respecto a la pubertad, confusión identitaria y rechazo corporal sin anomalías físicas. No existe un marcador biológico de disforia: es un fenómeno psicológico, emocional y social. Su abordaje requiere exploración clínica, acompañamiento familiar y contención emocional, evitando intervenciones médicas apresuradas.

Variaciones intersexo: condiciones biológicas objetivables.

Las variaciones intersexo (DSD) son alteraciones del desarrollo sexual que pueden involucrar cromosomas, gónadas, hormonas, genitales o desarrollo embriológico. Se diagnostican mediante estudios médicos como cariotipo, análisis hormonales, ecografías y resonancias. Son realidades biológicas, no identitarias, y requieren manejo endocrinológico y multidisciplinario.

Por qué es esencial diferenciarlas.

Confundir disforia con intersexo puede llevar a intervenciones médicas innecesarias, errores diagnósticos, ansiedad familiar, narrativas identitarias equivocadas y decisiones irreversibles sin fundamento clínico. El diagnóstico diferencial protege al niño y orienta adecuadamente la intervención.

Variaciones Intersexo

En el contexto médico y científico, son trastornos del desarrollo sexual (DSD) que se objetivan biológicamente. El término se utiliza para describir un grupo de condiciones congénitas en las que el desarrollo de las características sexuales (cromosomas, gónadas, genitales) no sigue el patrón típico masculino o femenino. Algunas de estas variaciones son las siguientes:

Síndrome de Insensibilidad Completa a los Andrógenos.

Cariotipo XY, pero el cuerpo no responde a la testosterona. El desarrollo es completamente femenino: genitales externos femeninos, desarrollo mamario en la pubertad y ausencia de menstruación. La identidad de género es femenina en prácticamente todos los casos. **Es el único caso en el que una persona XY debe ser tratada clínicamente como mujer, incluyendo hormonoterapia femenina en la**

adultez. No tiene relación con disforia de género: es una condición biológica clara y excepcional. No debe confundirse con vivencias identitarias ni malestar psicológico.

Síndrome de Insensibilidad Parcial a los Andrógenos.

Cariotipo XY con respuesta parcial a la testosterona. El fenotipo puede ser masculino, femenino o ambiguo. La identidad de género es variable y el manejo debe ser individualizado. Requiere evaluación endocrinológica cuidadosa, acompañamiento familiar y seguimiento psicológico para evitar decisiones apresuradas.

Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

En niñas XX puede producir virilización de los genitales por exceso de andrógenos prenatales. No afecta la identidad de género en la mayoría de los casos, aunque puede generar ansiedad corporal. Requiere manejo endocrinológico, tratamiento hormonal y acompañamiento familiar. En algunos casos puede asociarse a riesgo metabólico y necesidad de seguimiento prolongado.

Síndrome de Klinefelter.

Cariotipo XXY. Fenotipo masculino, testículos pequeños, infertilidad y talla alta. Puede asociarse a dificultades de aprendizaje, baja autoestima y riesgo metabólico. No es una condición identitaria. El manejo es endocrinológico y psicológico según necesidad, con apoyo escolar y familiar.

Síndrome de Turner.

Cariotipo XO. Fenotipo femenino, baja estatura, pubertad incompleta y disgenesia gonadal. No implica confusión identitaria. Requiere seguimiento endocrinológico, apoyo psicológico y vigilancia de salud cardiovascular y metabólica.

Deficiencia de 5-alfa reductasa.

Cariotipo XY con dificultad para convertir testosterona en DHT. Genitales ambiguos al nacer y virilización espontánea en la pubertad. Muchos adolescentes se identifican como varones al llegar a la pubertad. El manejo es individualizado y requiere acompañamiento familiar y apoyo clínico para la integración identitaria.

Deficiencia de 17-beta-HSD.

Cariotipo XY con alteración en la producción de testosterona. Fenotipo femenino o ambiguo en la infancia, masculinización variable en la pubertad. Requiere evaluación endocrinológica, acompañamiento familiar y seguimiento psicológico.

Ovotesticular.

Presencia de tejido ovárico y testicular. Muy infrecuente. El manejo debe ser multidisciplinario, prudente y sin intervenciones irreversibles tempranas. Requiere vigilancia médica y acompañamiento emocional de la familia.

Disgenesia gonadal.

Gónadas no funcionales o mal desarrolladas. Puede asociarse a pubertad ausente o incompleta y riesgo tumoral. El manejo depende del tipo de disgenesia y requiere vigilancia médica estrecha, apoyo psicológico y acompañamiento familiar.

Cómo distinguir clínicamente entre disforia e intersexo.

La disforia se sospecha cuando hay malestar psicológico sin anomalías físicas, aparición del malestar en la pubertad o adolescencia, influencia social o digital, narrativa identitaria rígida y rechazo corporal sin base orgánica. Una variación intersexo se sospecha cuando hay genitales atípicos al nacer, pubertad ausente o

inesperada, discordancia entre cariotipo y fenotipo, alteraciones hormonales o signos físicos objetivos.

En conclusión, las variaciones intersexo son condiciones biológicas objetivables. La disforia de género es un malestar psicológico. Confundirlas genera daño; diferenciarlas protege al niño. Este capítulo ofrece un mapa claro y clínicamente útil para sostener un diagnóstico diferencial sólido, ético y prudente, evitando errores conceptuales y decisiones apresuradas.

Puntos esenciales

- La disforia de género es psicológica, no biológica.
- Las variaciones intersexo son condiciones médicas objetivables.
- Diferenciar evita errores diagnósticos e intervenciones innecesarias.
- Síndrome de Insensibilidad Completa a los Andrógenos: único caso XY tratado clínicamente como mujer.
- Otras variaciones (parcial, hiperplasia, Klinefelter, Turner, deficiencias enzimáticas, ovotesticular, disgenesia) requieren manejo endocrinológico, psicológico y familiar.
- La disforia se sospecha por malestar psicológico sin anomalías físicas.
- El intersexo se sospecha por signos físicos objetivos y discordancias biológicas.
- Confundir ambas realidades genera daño; diferenciarlas protege al niño.

Capítulo 28

Riesgos y efectos iatrogénicos de bloqueadores puberales y hormonización cruzada en menores

Evidencia — Irreversibilidad — Falta de consentimiento

Evidencia actual sobre los efectos irreversibles

Durante años, los bloqueadores puberales y las hormonas cruzadas se presentaron como intervenciones “reversibles”, “seguras” y “neutras”. La evidencia científica acumulada en la última década muestra un panorama muy distinto: no son tratamientos inocuos, especialmente cuando se aplican en menores. Este capítulo sintetiza los riesgos conocidos, los efectos irreversibles y las limitaciones del consentimiento informado en niños y adolescentes, con el objetivo de orientar una práctica clínica prudente y ética.

Los bloqueadores puberales no son reversibles.

La pubertad no es un simple interruptor que puede encenderse y apagarse. Es un proceso biológico complejo que involucra maduración cerebral, desarrollo óseo, crecimiento corporal, diferenciación sexual, regulación emocional y consolidación de la identidad. Interrumpir este proceso tiene consecuencias que no siempre se revierten al suspender el tratamiento. Los estudios actuales muestran pérdida significativa de densidad ósea, alteraciones en el desarrollo cerebral, impacto en memoria y funciones ejecutivas, detención del desarrollo genital, posible afectación de la fertilidad futura y

cambios en la composición corporal. La reversibilidad completa no está demostrada.

Riesgos óseos: un impacto profundo y persistente.

Los bloqueadores puberales reducen la densidad mineral ósea en un período crítico del desarrollo. La adolescencia es la etapa donde se adquiere entre el 40% y el 60% de la masa ósea adulta. Los riesgos incluyen osteopenia, osteoporosis temprana, fragilidad ósea y mayor riesgo de fracturas en la adultez. La recuperación ósea posterior es incierta y, en muchos casos, incompleta.

Riesgos neurocognitivos: la pubertad como motor del cerebro.

La pubertad es clave para la mielinización, la maduración de la corteza prefrontal, la regulación emocional, la toma de decisiones y el desarrollo de funciones ejecutivas. Bloquearla puede afectar memoria, atención, control inhibitorio, regulación emocional y capacidad de planificación. Los estudios emergentes son preocupantes y requieren máxima prudencia.

Riesgos metabólicos y cardiovasculares de las hormonas cruzadas.

El uso de estrógenos en varones y testosterona en mujeres puede generar aumento del riesgo trombótico, hipertensión, dislipemias, resistencia a la insulina, alteraciones hepáticas, aumento de peso y cambios en la composición corporal. Estos riesgos son mayores cuando se inician en la adolescencia, con un organismo aún en desarrollo.

Impacto en la fertilidad: un riesgo irreversible.

Los bloqueadores y las hormonas cruzadas pueden impedir el desarrollo de gametos, afectar la maduración gonadal, reducir o

eliminar la fertilidad futura y dificultar la preservación de gametos. Muchos adolescentes y padres no comprenden estas consecuencias. La pérdida de fertilidad es, en muchos casos, irreversible.

Consentimiento informado: una ilusión en menores.

Un niño o adolescente no puede comprender plenamente los riesgos a largo plazo, la irreversibilidad, el impacto en la fertilidad, las consecuencias metabólicas, los efectos neurocognitivos ni las implicancias futuras en su vida adulta. El consentimiento informado en menores es limitado y, cuando se combina con ansiedad, presión social o narrativas rígidas, se vuelve aún más frágil.

La evidencia internacional está cambiando.

Países como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Francia y Dinamarca han restringido o eliminado el uso de bloqueadores y hormonas cruzadas en menores debido a la falta de evidencia de beneficio sostenido, riesgos significativos, aumento de detransiciones y preocupación ética. La tendencia global es clara: prudencia, no aceleración.

La urgencia emocional no justifica intervenciones irreversibles.

Muchos adolescentes expresan angustia intensa o amenazas emocionales, pero la urgencia emocional no debe convertirse en urgencia clínica. El rol del profesional es contener, explorar, comprender, acompañar y proteger, evitando decisiones irreversibles en momentos de vulnerabilidad.

En conclusión, los bloqueadores puberales y las hormonas cruzadas no son intervenciones neutras. Tienen riesgos significativos, efectos irreversibles y consecuencias que un menor no puede comprender plenamente. La prudencia no es conservadurismo: es ética

clínica. El objetivo no es negar intervenciones, sino evitar daño. Proteger al niño implica actuar con calma, evidencia y responsabilidad, incluso cuando el entorno exige urgencia.

Puntos esenciales

- Bloqueadores puberales: no son reversibles, afectan desarrollo cerebral, óseo y corporal.
- Riesgos óseos: pérdida de densidad, osteoporosis temprana y fracturas futuras.
- Riesgos neurocognitivos: impacto en memoria, atención y funciones ejecutivas.
- Hormonas cruzadas: riesgos metabólicos y cardiovasculares significativos.
- Fertilidad: pérdida irreversible en muchos casos.
- Consentimiento informado: limitado en menores, frágil bajo presión.
- Evidencia internacional: países restringen su uso por falta de beneficios y riesgos graves.
- Urgencia emocional: no debe transformarse en urgencia clínica.

Capítulo 29

Detransición y arrepentimiento: comprender, prevenir y evitar daño

Arrepentimiento — Riesgo — Responsabilidad

Responsabilidad clínica frente a un fenómeno creciente

La detransición y el arrepentimiento no son fenómenos marginales ni excepcionales. Son experiencias reales, dolorosas y cada vez más frecuentes, que revelan un problema profundo: intervenciones realizadas sin suficiente evaluación, sin suficiente prudencia o sin suficiente acompañamiento. Este capítulo aborda la detransición desde dos ejes centrales: la realidad del arrepentimiento y la evitación del daño. Ambos convergen en una idea fundamental: la misión del profesional es proteger al menor, y proteger significa evitar daño.

La realidad del arrepentimiento.

El arrepentimiento no es un fallo del paciente, sino un síntoma de que el proceso clínico previo fue insuficiente. Puede manifestarse como dolor por cambios irreversibles, duelo por el cuerpo perdido, frustración por decisiones tomadas en momentos de vulnerabilidad, enojo por no haber sido escuchado, sensación de haber sido empujado o apresurado, confusión al recuperar una identidad previa, vergüenza o miedo a ser juzgado. Es una experiencia humana compleja que requiere contención, no juicio.

Por qué ocurre el arrepentimiento.

La evidencia clínica y los testimonios coinciden en varios factores: evaluaciones superficiales o apresuradas, comorbilidades no tratadas como ansiedad, depresión, trauma, TEA o dismorfia corporal, influencia social y digital con narrativas identitarias rígidas y contagio emocional, malestar adolescente confundido con identidad, intervenciones médicas iniciadas demasiado pronto, falta de trabajo con ambos padres y expectativas irreales de que la transición resolverá todos los problemas. El arrepentimiento es la consecuencia de un proceso clínico que no protegió lo suficiente.

La evitación del daño: el corazón del capítulo y del libro.

La pregunta no es cómo evitar la detransición, sino cómo evitar daño. Los principios para lograrlo incluyen evaluación profunda y cuidadosa, acompañamiento psicoterapéutico sostenido, trabajo con ambos padres, diferenciación entre identidad y síntomas, evitar intervenciones irreversibles en menores, consentimiento informado realista, evitar reforzar narrativas externas y priorizar la salud mental por encima de la identidad. La identidad se construye mejor cuando la salud mental está cuidada.

Cómo acompañar la detransición sin causar más daño.

Cuando la detransición ocurre, el profesional debe validar la experiencia sin minimizarla, acompañar el duelo por el cuerpo y las decisiones, reparar el vínculo terapéutico, explorar la identidad sin rigidez, manejar secuelas físicas con derivación a especialistas, trabajar con la familia para procesar culpa y enojo, y documentar con claridad por responsabilidad ética y legal.

Qué nos enseña la detransición.

La detransición es un espejo que revela dónde faltó prudencia, dónde faltó evaluación, dónde hubo presión externa, dónde se

confundió identidad con síntoma, dónde se medicalizó el malestar y dónde se actuó sin evidencia. Es una oportunidad para mejorar la práctica clínica.

En definitiva, la detransición y el arrepentimiento no son fallas individuales, sino señales de que el proceso clínico previo no protegió lo suficiente. El objetivo central de la intervención es evitar daño, proteger al menor y acompañar con prudencia y evidencia científica. La detransición nos recuerda que la identidad es compleja, que la adolescencia es vulnerable y que la ética clínica exige siempre lo mismo: cuidar, contener, acompañar y no apresurar.

Puntos esenciales

- El arrepentimiento es síntoma de procesos clínicos insuficientes, no un fallo personal.
- Factores de riesgo: evaluaciones superficiales, comorbilidades no tratadas, presión social, intervenciones tempranas y expectativas irreales.
- Evitar daño requiere evaluación profunda, acompañamiento sostenido, trabajo con ambos padres y consentimiento informado realista.
- La salud mental debe ser prioritaria por encima de la identidad.
- Acompañar la detransición implica validar, contener, reparar vínculos y manejar secuelas físicas y emocionales.

- La detransición enseña dónde faltó prudencia y evidencia, y ofrece oportunidad de mejorar la práctica clínica.
- La misión del profesional es proteger al menor, evitando decisiones irreversibles en momentos de vulnerabilidad.

Parte VII

Reflexión final y Bibliografía

**Síntesis final y recursos esenciales
para familias y profesionales**

Capítulo 30

Reflexiones finales: proteger la infancia, sostener a la familia, acompañar la identidad

*Una síntesis humana y clínica
al culminar este camino*

Cuando un hijo expresa dudas sobre su identidad, el mundo de los padres se mueve. Aparecen preguntas, miedos, urgencias, silencios. Y en medio de todo eso, una certeza se vuelve indispensable:

La familia es el primer lugar donde un niño aprende quién es. Y es el lugar donde debe sentirse más protegido.

Este capítulo final está escrito para todos los padres, las madres, los adultos que acompañan. Porque ninguna intervención, ningún profesional y ninguna institución puede reemplazar el rol que tienen en la vida de un niño.

La identidad empieza en el cuerpo, y el cuerpo empieza en casa

Desde el nacimiento, el cuerpo del niño es su primera verdad. Su sexo biológico no es una opinión ni una sensación: es una realidad estable, clara, permanente, que guía el desarrollo físico, hormonal, cerebral y emocional. Los padres son quienes ayudan al niño a habitar ese cuerpo. A nombrarlo, comprenderlo, aceptarlo e integrarlo en su identidad

El “sexo sentido”, en cambio, es una vivencia subjetiva. Puede cambiar, fluctuar, confundirse con emociones, con ansiedad, con presiones externas, con la búsqueda de pertenencia. Por eso, cuando un hijo dice “no sé quién soy”, lo que necesita no es una afirmación inmediata, sino un sostén firme y amoroso.

La adolescencia: un tiempo de preguntas, no de definiciones

La adolescencia es un territorio de exploración. Todo cambia: el cuerpo, la mente, las emociones, las amistades, la mirada sobre uno mismo.

En ese contexto, es natural que aparezcan dudas, incomodidades, comparaciones, inseguridades. A veces, esas sensaciones se confunden con identidad. A veces, se vuelven urgentes. A veces, parecen definitivas. Pero no lo son. La identidad adolescente es **transitoria, influenciable, moldeable**. Por eso, los adultos necesitan transmitir calma:

“No todo lo que sentís define quién sos. Vamos a pensarlo juntos. Vamos a esperar. Vamos a cuidarte.”

El rol de la familia: sostener, contener, limitar

Acompañar no es ceder. Acompañar no es confirmar. Acompañar no es seguir el ritmo de las redes sociales ni de los discursos externos.

Acompañar es sostener cuando el mundo empuja, contener cuando el niño se angustia, limitar cuando las presiones externas confunden y proteger cuando otros quieren definir quién es. Los padres son el ancla emocional del niño. Son quienes pueden decir:

“Te escucho, te entiendo, pero no vamos a tomar decisiones apresuradas.”

Ese límite no es rechazo. Es amor en su forma más madura.

Cuando aparece el malestar: escuchar sin apresurar

Si un hijo expresa malestar con su cuerpo o su identidad, lo primero no es actuar. Lo primero es escuchar. Escuchar sin miedo. Escuchar sin dramatizar. Escuchar sin confirmar y sin negar. **El malestar no es una sentencia. Es un mensaje.** Y los mensajes se interpretan con tiempo, no con urgencia.

El profesional: un aliado que acompaña, no que reemplaza

El profesional no está para desplazar a la familia. Está para caminar al lado. Para ayudar a comprender lo que el niño siente. Para distinguir entre identidad y síntoma. Para evitar decisiones irreversibles en momentos de vulnerabilidad.

Un buen profesional no acelera, no confirma sin evaluar, no medicaliza emociones, no actúa bajo presión ideológica ni reemplaza el rol de los padres.

Un buen profesional protege. Y proteger significa evitar daño.

La detransición: una señal que debemos escuchar

La detransición no es un fracaso del niño. Es una señal de que los adultos —familia, escuela, profesionales— no protegieron lo suficiente. Es una señal de intervenciones apresuradas, evaluaciones superficiales, presiones externas, confusión emocional, expectativas irreales y decisiones tomadas en momentos de vulnerabilidad. La

detransición nos recuerda que la urgencia emocional no debe convertirse en urgencia médica.

Y terminamos estas líneas expresando que, si las estás leyendo, es porque te importa un menor. Un hijo, un alumno, un paciente. Alguien que lo acompañes en un momento sensible.

Este libro no pretende dar respuestas absolutas. Pretende dar claridad, calma y una brújula. Y esa brújula dice:

Proteger la infancia es proteger el futuro. Acompañar la identidad es acompañar la vida. Evitar daño es el acto más alto de amor familiar y responsabilidad clínica.

Si esta publicación logra que una familia acompañe mejor, que un profesional evalúe mejor, que un menor sea protegido de decisiones irreversibles, entonces habrá cumplido su misión.

Capítulo 31

Bibliografía esencial

30.1 Bibliografía esencial para familias

Recursos claros - Confiables - Acceso sencillo para los padres

American Academy of Pediatrics — *Caring for Your Teen* (2018)

Útil para familias que buscan orientaciones generales sobre salud adolescente y señales de alerta.

Acceso: [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org), portal oficial de la AAP.

Royal College of Psychiatrists — *Mental Health in Children and Adolescents: Key Facts* (2021)

Recurso breve para comprender problemas frecuentes de salud mental en niños y adolescentes.

Acceso: [rcpsych.ac.uk](https://www.rcpsych.ac.uk), sección “Mental Health Information”.

NHS England — *Information for Parents: Child and Adolescent Mental Health* (2023)

Material práctico para padres sobre acompañamiento y detección temprana.

Acceso: [nhs.uk](https://www.nhs.uk) con el término “child mental health parents”.

Mayo Clinic — *Adolescent Mental Health Overview* (2022)

Introducción clara a síntomas, factores de riesgo y señales de alerta.

Acceso: [mayoclinic.org](https://www.mayoclinic.org), buscador interno “adolescent mental health”.

Cleveland Clinic — *Child and Adolescent Mental Health Resources* (2021) Orientación accesible sobre bienestar emocional y conductual.

Acceso: my.clevelandclinic.org, buscador “child mental health”.

30.2. Bibliografía esencial y profesional

Guías Clínicas - Documentos de referencia - Evidencia internacional

30.2.1. Documentos generales de referencia

NICE — *Evidence for Child and Adolescent Mental Health* (2020)

Marco general para comprender evidencia en salud mental infanto-juvenil.

Acceso: [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk), buscador “child adolescent mental health evidence”.

Royal College of Psychiatrists — *Child and Adolescent Mental Health Overview* (2021)

Síntesis útil para profesionales en formación.

Acceso: [rcpsych.ac.uk](https://www.rcpsych.ac.uk), sección “Mental Health Information”.

NHS England — *Interim Service Specification for Gender Services* (2023)

Documento clave para entender el modelo de atención actual en Reino Unido.

Acceso: [nhs.uk](https://www.nhs.uk), buscador “gender services interim specification”.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry — *Clinical Resources for Youth Mental Health* (2020)

Recursos clínicos para evaluación y acompañamiento.

Acceso: [aacap.org](https://www.aacap.org), sección “Clinical Resources”.

30.2.2 Documentos internacionales clave

Cass Review — *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People* (2024)

Fundamental para comprender el cambio de modelo clínico y las recomendaciones actuales.

Acceso: “Cass Review Final Report 2024” en el sitio del NHS England.

NICE — *Evidence Review: Gender Affirming Interventions in Adolescents* (2020)

Revisión sistemática central para evaluar la calidad de la evidencia disponible.

Acceso: [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk), buscador “gender interventions adolescents”.

WPATH — *Standards of Care Version 8* (2022)

Estándares internacionales de atención y acompañamiento.

Acceso: [wpath.org](https://www.wpath.org), sección “Standards of Care”.

30.2.3. Manuales diagnósticos y guías clínicas

American Psychiatric Association — *DSM-5* (2013)

Manual diagnóstico de referencia para clasificación clínica.

Acceso: [psychiatry.org](https://www.psychiatry.org), sección “DSM Library”.

American Psychiatric Association — *DSM-5-TR* (2022)

Actualización con criterios revisados y precisiones diagnósticas.

Acceso: [psychiatry.org](https://www.psychiatry.org), “DSM-5-TR”.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry — *Practice Parameter for Gender Dysphoria* (2018)

Guía para evaluación y manejo clínico en menores.

Acceso: [aacap.org](https://www.aacap.org), buscador “practice parameter gender dysphoria”.

British Psychological Society — *Guidance on Working with Gender Questioning Children and Adolescents* (2021)

Orientación práctica para evaluación psicológica.

Acceso: [bps.org.uk](https://www.bps.org.uk), sección “Guidelines”.

Royal College of Psychiatrists — *Good Practice Guidelines for the Assessment of Gender Dysphoria* (2021)

Guía para evaluación clínica prudente.

Acceso: [rcpsych.ac.uk](https://www.rcpsych.ac.uk), “Guidelines”.

30.2.4. Revisiones sistemáticas y evidencia especializada

NICE — *Evidence Review: Gender Affirming Care in Adolescents* (2020)

Revisión crítica de la evidencia disponible.

Acceso: nice.org.uk, buscador “gender care adolescents”.

Society for Evidence-Based Medicine — *Systematic Review of Gender Affirming Interventions in Youth* (2022)

Análisis comparado de intervenciones y resultados.

Acceso: en bases académicas o en el sitio de la organización.

Cass Review — *Final Report* (2024)

Síntesis final del proceso de revisión independiente.

Acceso : NHS England, “Cass Review Final Report”.

30.2.5. Estudios clínicos relevantes

Zucker, K. — *Gender Dysphoria in Children and Adolescents: A Clinical Overview* (2019)

Revisión clínica sobre trayectorias evolutivas y abordajes terapéuticos.

Acceso: PubMed o Google Scholar.

Epílogo: Entre derechos y evidencia, un cierre necesario

El acompañamiento clínico frente a la disforia de género en niños y adolescentes se encuentra hoy en el centro de un intenso debate ideológico. Por un lado, la diversidad sexual y la perspectiva de género subrayan la urgencia de validar identidades y reconocer derechos; por otro, la práctica clínica y la investigación científica advierten sobre la necesidad de prudencia, evaluación rigurosa y neutralidad.

Este cruce de miradas refleja una tensión real: mientras algunos sostienen que la neutralidad es imposible y que toda postura clínica reproduce normas sociales, otros defienden que la neutralidad es precisamente el camino para evitar que la ideología —sea conservadora o progresista— se imponga sobre la salud y el bienestar de los más jóvenes.

La evidencia científica, muestra los riesgos de intervenciones apresuradas. Aun así, este epílogo busca poner en diálogo ambos enfoques: reconocer los argumentos de la diversidad y la perspectiva de género, pero también ofrecer respuestas desde una mirada científica y neutral.

Primero se expondrán los principales argumentos que sostienen la diversidad sexual y la perspectiva de género, y luego se presentará

un cuadro comparativo con las respuestas clínicas basadas en evidencia. El objetivo es mostrar que acompañar sin sesgos ideológicos no significa negar derechos, sino garantizar que las decisiones se tomen con responsabilidad, rigor y respeto por el desarrollo integral de cada niño y adolescente.

Exposición de argumentos desde la diversidad/perspectiva de género

1. **Identidad como derecho humano:** Validar la identidad de género es un acto de respeto y protección de derechos.
2. **Impacto del entorno en la salud mental:** La falta de validación aumenta depresión y ansiedad.
3. **Crítica a la neutralidad:** No validar es favorecer el statu quo cisnormativo.
4. **Valor de la afirmación temprana:** Validar desde la infancia previene daños psicológicos.
5. **Sesgo médico-histórico:** La neutralidad puede repetir viejos patrones normativos.
6. **Dimensión social y política:** Acompañar implica reconocer estructuras de discriminación.

Cuadro comparativo

Argumento desde la diversidad/ perspectiva de género	Respuesta científica y neutral
La identidad es un derecho humano	Se reconoce el derecho, pero la clínica debe equilibrarlo con la responsabilidad de evaluar maduración cognitiva, estabilidad emocional y bienestar a largo plazo antes de decisiones irreversibles.
El entorno afecta la salud mental	Se admite el impacto, pero también se advierte que una transición apresurada puede generar nuevos problemas. Se propone acompañamiento multidisciplinario.
La neutralidad no existe	La neutralidad clínica no es pasividad, sino evitar imponer ideologías. Se busca un espacio seguro para explorar sin presiones hacia la transición ni hacia la negación de lo que se percibe.
La afirmación temprana fortalece la autoestima	La identidad infantil puede ser fluida. Se recomienda acompañar la expresión sin bloquearla, pero también sin fijarla de forma definitiva hasta mayor maduración.
La medicina ha patologizado identidades trans	La ciencia actual busca superar esos sesgos, evitando tanto la patologización como la idealización acrítica. Se trabaja con evidencia y protocolos éticos.
La identidad se construye en un contexto social y político	Se reconoce el contexto social, pero se diferencia entre análisis social y práctica clínica. La terapia se centra en la salud mental individual; la lucha contra la discriminación corresponde al ámbito social/político.

El recorrido de este libro ha mostrado que la identidad en desarrollo es un terreno complejo, donde convergen derechos, emociones, contextos sociales y evidencia científica. Los argumentos de la diversidad sexual y la perspectiva de género aportan una mirada valiosa sobre la necesidad de validar y proteger a quienes atraviesan disforia de género en la infancia y adolescencia. Sin embargo, también se ha visto que la práctica clínica responsable exige prudencia, rigor y neutralidad, para evitar que la ideología —sea cual sea— se imponga sobre la salud y el bienestar de los jóvenes.

Acompañar sin sesgos no significa ser indiferente, sino ofrecer un espacio seguro donde cada niño o adolescente pueda explorar su identidad con libertad, sin presiones externas y con el respaldo de la evidencia científica. Significa reconocer derechos, pero también cuidar procesos, tiempos y contextos.

El desafío que queda planteado es construir una clínica que no repita viejos patrones de patologización, pero tampoco caiga en nuevas formas de dogmatismo. Una clínica que sepa escuchar, validar y acompañar, sin perder de vista que la neutralidad es, en realidad, un compromiso ético con la verdad y con el bienestar integral de quienes están en pleno desarrollo.

Este cierre no pretende clausurar el debate, sino abrirlo hacia el futuro: un futuro donde ciencia y diversidad puedan dialogar sin excluirse, y donde el acompañamiento terapéutico sea siempre un acto de respeto, responsabilidad y humanidad.

Identidad en Desarrollo invita a abrir espacios de reflexión y diálogo en instituciones educativas y organizaciones de la sociedad civil.

Para coordinar charlas, talleres o actividades —ya sea en forma presencial o virtual— se puede escribir a: identidadendesarrollo@gmail.com

El propósito es seguir construyendo aprendizajes en comunidad, en escenarios que favorezcan la participación y el intercambio.

