



Disforia de género en menores: una mirada crítica a la medicalización precoz y propuestas para un acompañamiento ético

Gender Dysphoria in Minors: A Critical Look at Early Medicalization and Proposals for Ethical Support



Autores

Regina Cárdenas Santos

Instituto Borja de Bioética. Universitat Ramon Llull

rcardenas@ibb.url.edu

<https://orcid.org/0009-0006-5052-4568>

José María Pardo Sáenz

Universidad de Navarra

jmpardo@unav.es

<https://orcid.org/0000-0002-9198-3019>



Resumen

Este artículo analiza de forma crítica el proceso de medicalización temprana de la disforia de género en menores desde una perspectiva clínica y bioética. A partir del análisis del protocolo holandés, se examinan las tensiones entre el modelo afirmativo propuesto por la WPATH y las recomendaciones del Cass Review británico. El recorrido por los fundamentos científicos y éticos que sustentan ambos enfoques evidencia la complejidad inherente a la atención de menores en procesos de búsqueda identitaria.

Asimismo, se plantea una reflexión crítica desde una perspectiva bioética, en la que la vulnerabilidad del menor se configura como principio estructurante de la deliberación. Se defiende la necesidad de un acompañamiento clínico no invasivo, sostenido en el tiempo. Finalmente, se propone un modelo de atención integral que priorice la evaluación psicosocial, el apoyo psicológico, la participación familiar y la prudencia terapéutica.



Abstract

This article offers a critical analysis of the early medicalization of gender dysphoria in minors from a clinical and bioethical perspective. Beginning with an examination of the Dutch protocol, it explores the tensions between the affirmative model endorsed by WPATH and the recommendations of the British Cass Review. By examining the scientific and ethical foundations underpinning both approaches, the article underscores the inherent complexity of providing care to minors navigating identity-seeking processes.

It also offers a bioethical reflection in which the vulnerability of minors is positioned as a guiding principle for deliberation. The article advocates for non-invasive, long-term clinical support and, ultimately, proposes a comprehensive model of care that prioritizes psychosocial assessment, psychological support, family involvement, and therapeutic prudence.



Key words

Disforia de género; infancia; bioética; medicalización; autonomía progresiva; acompañamiento clínico.

Gender dysphoria; childhood; bioethics; medicalization; evolving autonomy; clinical support.



Fechas

Recibido: 05/08/2025. Aceptado: 08/10/2025



1. Introducción

En la última década, se ha producido un notable incremento de la visibilidad social y de la presencia en la clínica de las experiencias transgénero de la infancia y la adolescencia (Jarvis, 2025). Este fenómeno se ha acompañado del desarrollo de nuevos protocolos de atención sanitaria y, en un contexto marcado por un fuerte impulso político, de normas jurídicas orientadas hacia el reconocimiento de la identidad de género autoafirmada desde edades tempranas. Ejemplo de ello es la conocida como Ley Trans española (Ley 4/2023, de 28 de febrero, 1 de marzo 2023). En este marco, la disforia de género en menores¹ ha sido objeto de un proceso de medicalización progresiva y, en algunos casos, de inicio precoz.

Este proceso ha implicado la instauración de prácticas clínicas que incluyen el uso de bloqueadores hormonales², tratamientos de hormonación cruzada³ durante la infancia y adolescencia (Hembree, 2017; Chew, 2018). Estas prácticas han modificado significativamente la forma en la que se comprende y se interviene sobre la experiencia del

La disforia de género en menores ha sido objeto de un proceso de medicalización progresiva y, en algunos casos, de inicio precoz

cuerpo, la identidad de género y el desarrollo psicosocial en menores de edad (Turban, 2018; Horton, 2024). Y, aunque muchas de estas intervenciones se presentan como afirmativas y respetuosas de la identidad subjetiva (Rafferty, 2018), su progresiva consolidación en las prácticas clínicas y normativas plantea interrogantes clínicos, éticos y epistemológicos que requieren de una evaluación cuidada.

Este artículo se propone examinar críticamente el modelo afirmativo y medicalizante que, en la última década, ha adquirido un estatus hegemónico en numerosos contextos sanitarios en rela-

ción con la atención a menores con disforia de género. El principal objetivo es analizar las implicaciones clínicas, éticas y epistémicas de un enfoque que tiende a privilegiar la autodefinición de género como criterio suficiente para autorizar intervenciones de elevada complejidad y repercusión clínica.

Esta reflexión se enmarca en un contexto altamente polarizado, tanto en el debate público como en el ámbito de la atención sanitaria. En él, conceptos como derechos individuales, autodeterminación o protección de la infancia entran en conflicto con diferentes enfoques ideológicos y con decisiones médicas que pueden tener importantes consecuencias. La coexistencia de estos principios, legítimos en sí mismos,

- 1 La quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la American Psychological Association* (DSM-5), describe la disforia de género como una marcada incongruencia entre el sexo que la persona siente o expresa y el que se le asigna al nacer, asociada a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, que puede darse en niños, adolescentes y adultos (American Psychiatric Association, 2013).
- 2 Este tipo de medicamentos actúa sobre los receptores de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) en la glándula hipófisis, bloqueando la síntesis y liberación de las hormonas sexuales, lo que provoca la interrupción del proceso de pubertad.
- 3 La hormonación cruzada consiste en administrar hormonas sexuales para inducir características físicas acordes con la identidad de género: se utilizan estrógenos en mujeres trans (personas asignadas varón al nacer) y testosterona en varones trans (personas asignadas mujer al nacer). Estas hormonas también suprimen la producción endógena de las hormonas sexuales del sexo asignado.



no está exenta de fricciones que requieren ser abordadas con sensibilidad teórica y prudencia práctica. En este contexto, la intervención clínica representa una acción técnica que, al mismo tiempo, implica una responsabilidad ética, ya que conlleva importantes decisiones —explícitas o implícitas— sobre trayectorias vitales en proceso de formación.

El reconocimiento de la diversidad de género y el rechazo categórico de la patologización injustificada constituyen, en los casos de disforia, principios irrenunciables en una atención centrada en la persona

El reconocimiento de la diversidad de género y el rechazo categórico de la patologización injustificada constituyen, en los casos de disforia, principios irrenunciables en una atención centrada en la persona (Suess, 2014). Sin embargo, estos principios no deberían impedir el pensamiento crítico, sino ser el punto de partida para un posterior desarrollo. Cuestionar los efectos no deseados de ciertas prácticas clínicas no implica negar sus posibles beneficios, pero sí reconocer que intervenir sobre cuerpos en desarrollo conlleva riesgos, márgenes de incertidumbre significativos y posibles efectos iatrogénicos.

Este análisis se detiene en un aspecto particularmente sensible: la medicalización temprana de la disforia de género en menores.

Estas decisiones se adoptan en un momento de la vida profundamente plástico, en el que lo neurobiológico, lo corporal y lo identitario están aún en proceso de configuración (Crone, 2012; Konrad, 2013). Y precisamente por ello, el carácter potencialmente irreversible de algunas de estas intervenciones merece ser examinado con suma cautela.

2. El protocolo holandés

El llamado protocolo holandés (De Vries, 2011) constituye el principal referente en el que se han basado numerosas guías clínicas que recomiendan el uso de bloqueadores de la pubertad en menores con disforia de género. Este protocolo, desarrollado por un equipo de investigadores en los Países Bajos, fue pionero en plantear la supresión farmacológica de la pubertad como estrategia terapéutica para adolescentes diagnosticados con trastorno de identidad de género.

Los resultados iniciales de esta línea de investigación fueron ampliamente difundidos y presentados como positivos: se describía una disminución significativa de los síntomas de disforia, una mejora en los indicadores de salud mental (reducción de ansiedad y depresión), así como un funcionamiento psicosocial global comparable al de la población general tras completar la transición médica. Uno de los pilares fundamentales del protocolo fue la afirmación de que los efectos de los bloqueadores de la pubertad eran completamente reversibles y carentes de efectos secundarios a largo plazo.

Originalmente, el modelo planteaba una evaluación psicológica exhaustiva previa a cualquier intervención, con criterios diagnósticos claros y una progresión por etapas:



Desde 2022, varias revisiones sistemáticas y estudios clínicos han puesto en duda la eficacia y seguridad del uso de bloqueadores hormonales en menores con disforia de género

inicio del bloqueo alrededor de los 12 años (en estadio Tanner II o III⁴), posible hormonación cruzada a partir de los 16 y cirugía únicamente a partir de los 18, salvo casos excepcionales. En este diseño escalonado, los bloqueadores eran presentados como una herramienta para ganar tiempo, permitiendo que el menor pudiera explorar su identidad antes de tomar decisiones médicas irreversibles.

Sin embargo, en la evolución de la práctica clínica real, muchos de los requisitos establecidos en el protocolo original fueron atenuados o directamente eliminados. La evaluación psicológica se fue reduciendo a intervenciones breves o meramente formales, y los criterios diagnósticos se ampliaron de manera considerable.

En numerosos contextos sanitarios, la administración de bloqueadores se ha convertido en una práctica que se ha vuelto prácticamente automática ante la manifestación de disforia, incluso en estadios prepuberales, sin que medie una valoración clínica rigurosa ni un seguimiento longitudinal suficientemente cuidadoso (Arnoldussen, 2020).

Desde 2022, varias revisiones sistemáticas y estudios clínicos han puesto en duda la eficacia y seguridad del uso de bloqueadores hormonales en menores con disforia de género (Biggs, 2023; Ludvigsson, 2023; Zepf, 2024; Kozłowska, 2025).

3. Dos miradas sobre la atención clínica a menores trans: el paradigma afirmativo y la revisión crítica

La progresiva implantación del protocolo holandés ha generado un debate internacional cada vez más polarizado. A medida que su influencia se extendía —muchas veces de forma acrítica—, comenzaron a multiplicarse las voces que reclamaban una revisión profunda de sus fundamentos científicos y éticos.

En el debate sobre cómo acompañar clínicamente a menores con disforia de género, dos referencias han cobrado especial protagonismo en los últimos años. Por un lado, las recomendaciones elaboradas por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), recogidas en su versión más reciente (Coleman, 2022). Por otro, el informe Cass, revisión independiente encargada por el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido en 2020, que ha puesto en cuestión varios de los principios y prácticas asociados al modelo afirmativo (Cass, 2022). Ambos documentos ofrecen respuestas diferentes que parten de preguntas distintas. Exploran realidades clínicas similares, pero desde enfoques epistemológicos y éticos que, en muchos puntos, divergen de manera sustancial.

4 Los estadios de Tanner forman parte de una escala clínica que describe el desarrollo puberal. El estadio II marca el inicio de la pubertad, con la aparición del brote mamario en niñas y el aumento del volumen testicular en niños. El estadio III indica una progresión del desarrollo: en niñas, el crecimiento del tejido mamario y vello púbico más evidente; en niños, mayor crecimiento testicular, engrosamiento del pene y aparición de vello púbico.



3.1. La propuesta de la WPATH: afirmación identitaria y despatologización

La WPATH es, desde hace décadas, una de las organizaciones de mayor influencia en la elaboración de guías clínicas sobre atención a personas transgénero. Su propuesta se sitúa claramente en la línea de la despatologización, promoviendo el reconocimiento de la identidad de género como una dimensión íntima, legítima y autoidentificada de la experiencia humana. En su octava versión de los *Standards of Care* (Coleman, 2022), la organización sostiene que las intervenciones médicas (bloqueadores hormonales, hormonación cruzada) deben estar disponibles desde edades tempranas siempre que la persona lo solicite, sin que sea necesario un diagnóstico formal de disforia de género ni una evaluación psicológica obligatoria.

Se propone así que el deseo expresado sea considerado el principal criterio de elegibilidad

Este modelo parte de un principio rector: la autodeterminación del menor. La vivencia de incongruencia de género es entendida como suficiente para justificar la intervención médica, incluso en ausencia de malestar clínico significativo. Se propone así que el deseo expresado sea considerado el principal criterio de elegibilidad. En este marco, los bloqueadores de la pubertad pueden indicarse a partir del estadio Tanner 2, y la hormonación cruzada desde los 14 años, con posibilidad de adelantar otros tratamientos en función de la madurez del menor y la voluntad expresada.

La WPATH defiende que las decisiones deben ser compartidas entre el menor y el profesional sanitario, pero subraya que el papel del clínico no es verificar ni cuestionar la identidad, sino facilitar el acceso a los cuidados deseados. El acompañamiento psicológico es presentado como un recurso optativo, más orientado al apoyo que a la evaluación. En este sentido, se adopta un modelo de atención basado en la validación inmediata y la eliminación de barreras diagnósticas, con el objetivo de reducir el sufrimiento psicosocial derivado del rechazo o la espera.

Este planteamiento ha sido acogido con entusiasmo en muchos entornos activistas y ha servido de base para la elaboración de protocolos asistenciales en muchos entornos. Sin embargo, en los últimos años, diversos sectores clínicos y académicos han empezado a cuestionar su aplicación generalizada, señalando una falta de evidencia robusta que sustente la efectividad y seguridad de las intervenciones tempranas. Es precisamente en este contexto en el que el sistema de salud británico impulsa una revisión independiente.

3.2. El Informe Cass: evidencia limitada y necesidad de cautela

En 2020, el NHS (National Health Service) del Reino Unido encargó una revisión exhaustiva de sus servicios de identidad de género para menores, ante el aumento exponencial de derivaciones y la creciente controversia científica. El encargo recayó en la pediatra Hilary Cass, con el objetivo de evaluar las prácticas clínicas en curso desde una perspectiva centrada en la evidencia y la protección del menor.



Reconoce abiertamente que los profesionales no están en condiciones de predecir qué menores mantendrán una identidad trans estable en la adultez, y que una parte de los casos puede evolucionar de forma espontánea, especialmente durante la adolescencia

El Informe Cass, publicado en 2024, parte de una premisa diferente a la de la WPATH: antes de ampliar el acceso a tratamientos médicos irreversibles, es necesario demostrar que estos son seguros, eficaces y justificados en cada caso concreto. Tras analizar la literatura disponible y el funcionamiento de la clínica Tavistock —referente británico en la atención a menores trans—, el informe concluye que no existen datos suficientes para afirmar que el bloqueo puberal mejore los síntomas de disforia, la salud mental o la calidad de vida de los adolescentes tratados.

Cass subraya que los estudios que avalan este tipo de intervenciones suelen tener importantes limitaciones metodológicas: muestras pequeñas, ausencia de grupos control, escalas de evaluación no equivalentes y, sobre todo, falta de seguimiento longitudinal. Como resultado, no puede establecerse con confianza una relación causal entre el tratamiento y la mejora clínica, lo que

debilita seriamente la justificación terapéutica de estos procedimientos.

Más allá de los datos, el informe adopta un tono clínico profundamente prudente. Reconoce abiertamente que los profesionales no están en condiciones de predecir qué menores mantendrán una identidad trans estable en la adultez, y que una parte de los casos puede evolucionar de forma espontánea, especialmente durante la adolescencia. De ahí que proponer tratamientos que comprometen el desarrollo físico, neurológico o reproductivo sin un proceso deliberativo maduro represente, en palabras del propio informe, un riesgo no justificado.

La revisión Cass defiende un enfoque clínico centrado en el apoyo psicológico, la evaluación multidisciplinar y el respeto a los tiempos del desarrollo. En su visión, el tratamiento médico debe reservarse para contextos especialmente justificados y siempre dentro de programas clínicos estructurados, con supervisión, protocolos de seguimiento y evaluación de resultados.

Acorde a los resultados del Informe Cass, el NHS decidió reformular completamente su estrategia de atención a menores con disforia de género, suspendiendo las actividades de la clínica Tavistock y reemplazándola por servicios regionales que integran salud mental infantil, pediatría y endocrinología, con un enfoque basado en la cautela, la personalización del tratamiento y la centralidad del juicio clínico.

4. Aproximación desde la bioética del cuidado

El contraste entre el modelo afirmativo impulsado por la WPATH y la revisión crítica del Informe Cass revela un debate más profundo que el puramente técnico: ¿cómo debe la medicina acompañar a quienes se encuentran en una etapa vital marcada por la transformación, el desconcierto y el deseo de ser reconocidos? ¿Qué significa cuidar a menores cuya identidad está aún en construcción y cuyo sufrimiento es, al mismo tiempo, real y cambiante?



En este contexto, el concepto de vulnerabilidad cobra una importancia decisiva (Riaño, 2018). Vulnerabilidad significa, en esencia, estar expuesto a la posibilidad de ser herido, afectado o condicionado. En el caso de los menores con disforia de género,

Esta doble condición —vulnerabilidad y, en ciertos casos, competencia decisional— obliga a una clínica fina, deliberativa, que, en busca del bien superior del menor, evite dos extremos: ni paternalismo que le niegue la palabra, ni liberalismo acrítico que la absolute.

esta condición se manifiesta de forma especialmente delicada: sus cuerpos están inmersos en procesos de transformación que, en algunos casos, pueden ser irreversibles; su vida emocional atraviesa etapas de especial sensibilidad; y, con frecuencia, sus vivencias se ven influidas —a veces profundamente— por presiones externas que provienen del entorno social, cultural o familiar. Todo ello configura un escenario que exige especial cuidado, escucha y prudencia clínica.

Reconocer la vulnerabilidad no significa negar la capacidad progresiva de decisión. En este marco, cobra relevancia la figura del menor competente: aquel que, por su madurez cognitiva, afectiva y moral, puede comprender los riesgos, beneficios y alternativas de una intervención médica y decidir de forma informada y voluntaria (Katz, 2016; Lang, 2018; Salter, 2023). Sin embargo, esta competencia debe evaluarse cuidadosamente en

cada caso, especialmente cuando están en juego consecuencias irreversibles como la estructura corporal o la futura fertilidad.

Esta doble condición —vulnerabilidad y, en ciertos casos, competencia decisional— obliga a una clínica fina, deliberativa, que, en busca del bien superior del menor, evite dos extremos: ni paternalismo que le niegue la palabra, ni liberalismo acrítico que la absolute proyectando sobre él una autonomía adulta que todavía no posee o que no puede ejercer plenamente bajo presión social, sufrimiento psíquico intenso o identidad aún no estabilizada.

Este apartado aborda estas cuestiones. El objetivo no es contraponer dogmas, sino proponer una ética del cuidado prudente, que sea capaz de sostener el sufrimiento sin precipitar identidades, de escuchar sin imponer definiciones, y de proteger sin invalidar la voz de quienes pueden comprender y decidir, pero siempre dentro de un marco de responsabilidad compartida.

4.1. Límites del consentimiento y de la autonomía en la infancia

Respetar la autonomía del paciente es uno de los principios rectores de la ética médica. Pero cuando ese paciente es un niño o adolescente, la autonomía adquiere una textura distinta: ya no es un derecho absoluto, sino un camino progresivo, atravesado por etapas, por influencias del entorno y por limitaciones propias del desarrollo psíquico y emocional (Grootens-Wiegers, 2017). Es lo que se conoce como autonomía progresiva, un principio que reconoce que la capacidad de decidir crece con la madurez (Gorga, 2021).

En el campo de la disforia de género, esta cuestión adquiere una especial tensión. A veces, el sufrimiento del menor y el deseo del entorno de aliviarlo cuanto antes llevan a



interpretar su consentimiento como plenamente válido, incluso frente a intervenciones que pueden afectar profundamente su biografía corporal: fertilidad, función sexual, desarrollo óseo, imagen corporal futura. Aceptar sin más esa decisión puede suponer trasladar al menor una responsabilidad excesiva, que le hace cargar en soledad con la definición de su identidad, sin tiempo ni espacio para explorarla.

Desde una ética del cuidado, el consentimiento no debería ser el final del camino, sino parte de un proceso más amplio de acompañamiento, escucha y contención

Desde una ética del cuidado, el consentimiento no debería ser el final del camino, sino parte de un proceso más amplio de acompañamiento, escucha y contención. Y, sobre todo, debería estar enmarcado por el reconocimiento de la vulnerabilidad del menor: no como fragilidad patológica, sino como apertura al mundo que lo hace especialmente sensible, especialmente expuesto y necesitado de protección.

4.2. Riesgo de iatrogenia

El principio de no maleficencia cobra un peso singular cuando lo que está en juego son tratamientos que pueden transformar de manera profunda el cuerpo y la psique de una persona en formación. Aunque varios estudios han documentado beneficios psicológicos a corto plazo, como disminución de la ansiedad o de la depresión o de la ideación suicida (Turban, 2020; Tordoff, 2022), las evidencias a largo plazo siguen siendo débiles, metodológicamente frágiles o incluso contradictorias (Levine, 2023).

En este sentido, el ya citado Informe Cass (2024) ha sido claro: no existe base empírica sólida para considerar que los bloqueadores de la pubertad sean seguros ni verdaderamente reversibles. El informe recomienda restringir su uso al ámbito de la investigación clínica regulada, subrayando que las promesas de neutralidad o reversibilidad han sido, en muchos casos, excesivamente optimistas.

Algunos autores han comenzado a señalar que ciertas prácticas del modelo afirmativo pueden dar lugar a formas de iatrogenia clínica (Bayraktar, 2025). Las intervenciones tempranas pueden fijar trayectorias identitarias aún inestables. En lugar de resolver el malestar, estas intervenciones podrían reforzarlo o transformarlo, generando una escalada de procedimientos médicos que no siempre responden a una necesidad claramente establecida.

Este fenómeno puede derivar en una escalada de intervenciones médicas cada vez más invasivas, sin que, en paralelo, se esté dando tiempo suficiente para la elaboración psíquica o la integración simbólica de la experiencia identitaria. En contextos donde la evaluación clínica es limitada o se omite un acompañamiento prolongado en el tiempo, estas intervenciones pueden actuar como un mecanismo de fijación. Desde la ética del cuidado, se impone una actitud clínica atenta que reconozca la complejidad del proceso identitario y evite respuestas apresuradas ante el sufrimiento, priorizando el acompañamiento sostenido por encima de la intervención inmediata.



4.3. La infancia como etapa de exploración identitaria

La infancia y la adolescencia son etapas de tránsito y búsqueda. No es tiempo de definiciones cerradas, sino de apertura simbólica. Desde una mirada fenomenológica y del desarrollo, el cuerpo en estas etapas no es simplemente un soporte biológico. Es una experiencia vivida, un campo en construcción, un lenguaje en sí mismo.

Autores como Merleau-Ponty (1985) o Winnicott (1998) recuerdan que la identidad se forja en el entretejido de lo corporal, lo simbólico y lo relacional. No se trata de un

Puede implicar una interrupción abrupta de ese proceso simbólico, una imposición que impida al menor integrar plenamente su experiencia encarnada

dato preexistente que haya que afirmar cuanto antes, sino de un proceso de apropiación lenta, llena de ambivalencias, de contradicciones, de ensayos. En este contexto, intervenir médicamente —modificando caracteres sexuales secundarios, bloqueando el desarrollo o instaurando tratamientos hormonales— no es algo menor. Puede implicar una interrupción abrupta de ese proceso simbólico, una imposición que impida al menor integrar plenamente su experiencia encarnada.

Por eso, apresurar la afirmación identitaria puede convertirse en una forma sutil de cerrar prematuramente el proceso, empobreciendo el desarrollo del mismo. A veces, la urgencia por intervenir responde más a la ansiedad de los adultos —padres, médicos, educadores— que al verdadero ritmo del menor. La ética del cuidado exige, también aquí, una pausa deliberada, una espera que no niegue, pero que tampoco imponga. Cuidar, en ocasiones, es sostener el no saber.

4.4. Reduccionismo identitario y presión cultural

La cultura contemporánea, en su deseo de ser inclusiva, a veces genera nuevas formas de presión. Así, la transición social precoz, seguida de tratamientos médicos, descansa muchas veces en una narrativa que identifica la identidad con la apariencia corporal. El resultado es que la vivencia trans queda atrapada en un marco transnormativo: la legitimidad pasa por parecerse, lo más posible, al sexo opuesto. Pero muchos menores pueden buscar simplemente nombrarse sin apuro, sin tener que fijarse de inmediato en una forma definitiva. En estos casos, acompañar con respeto implica sostener el proceso sin empujar hacia un destino ya trazado.

Distintos estudios han mostrado que en las nuevas cohortes de adolescentes con disforia de género hay una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas, como depresión, ansiedad, o ideación suicida historia de trauma (Paz-Otero, 2021; Karvonen, 2022). En muchos casos, la disforia puede ser una forma de dar sentido al malestar, una narrativa comprensible, aunque no necesariamente estable.

En este escenario clínico complejo, reducir la intervención al modelo afirmativo implica el riesgo de responder con bloqueo de la pubertad u hormonación cruzada a manifestaciones que, en muchos casos, expresan un malestar psíquico profundo.



Distintos estudios han mostrado que en las nuevas cohortes de adolescentes con disforia de género hay una alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas, como depresión, ansiedad, o ideación suicida historia de trauma

La priorización de este tipo de intervenciones puede terminar desplazando la valoración y la intervención clínica ajustada a la naturaleza de los procesos hacia a una respuesta protocolaria. En este contexto, el riesgo no es solo terapéutico, sino epistémico: se impone una lectura única del sufrimiento que clausura otras formas posibles de comprensión y cuidado.

En el contexto de la disforia de género, esta ética del cuidado demanda no reducir la experiencia del menor a una única narrativa identitaria, sino considerar con rigor la posibilidad de comorbilidades que puedan estar en la base de su malestar. Ignorarlas en nombre de un abordaje afirmativo puede significar dejar sin diagnóstico y sin tratamiento procesos que requieren

atención específica. Cuidar, en este sentido, es sostener con responsabilidad la complejidad de quien todavía se está construyendo.

5. Acompañamiento clínico: una propuesta de atención integral y prudente

Tras examinar los dilemas éticos que emergen en el tratamiento de menores con disforia de género —dilemas marcados por la fragilidad del consentimiento, la complejidad del sufrimiento infantil y el peso de las decisiones irreversibles—, resulta imprescindible detenerse en una pregunta fundamental: ¿cómo debe configurarse un acompañamiento clínico que esté realmente a la altura de esa vulnerabilidad? Más allá del debate entre afirmación o espera vigilante, más allá incluso de la discusión sobre los riesgos médicos, lo que se requiere es repensar el modo de cuidar a estos menores desde la presencia, la escucha y el compromiso con su bienestar integral.

Acompañar, en este contexto, no significa validar automáticamente una identidad expresada ni oponerse a ella, sino sostener procesos de exploración abiertos, en los que el menor no quede atrapado en etiquetas prematuras ni en itinerarios clínicos definidos por la urgencia. Es aquí donde el acompañamiento psicosocial y clínico cobra todo su sentido: como una forma de contención activa, que ayude a desplegar con libertad el devenir identitario, sin forzarlo a resolverse de forma definitiva.

5.1. Evaluación psicosocial integral y contextualizada

El primer pilar de este modelo de atención debe ser, sin duda, una evaluación psicosocial exhaustiva, prolongada y situada. Antes de considerar cualquier intervención médica, es necesario comprender a fondo la experiencia del menor: su biografía emocional, su contexto familiar y escolar, sus vínculos afectivos, sus referentes culturales, así como la intensidad, duración y forma de su disforia.

Esta evaluación no puede reducirse a aplicar escalas diagnósticas ni a confirmar la consistencia del relato identitario. Debe contemplar posibles comorbilidades como



trastornos del ánimo, traumas, espectro autista, entre otros, distinguir entre malestar corporal y malestar psicosocial, e incorporar una mirada clínica capaz de diferenciar la rigidez de una demanda sintomática de la apertura de un proceso subjetivo. Solo desde esta complejidad puede emitirse una valoración ética y terapéuticamente justificada.

5.2. Apoyo psicológico como primera línea de intervención

El primer pilar de este modelo de atención debe ser, sin duda, una evaluación psicosocial exhaustiva, prolongada y situada

Frente a la presión por medicalizar precozmente la disforia, diversos protocolos nacionales como los vigentes en Suecia (Socialstyrelsen, 2022) o Francia (A. N. de Médecine 2022), están proponiendo una reorientación de la atención hacia el acompañamiento psicológico como primer recurso terapéutico. Esta estrategia no pretende desautorizar la vivencia trans, sino ofrecer un espacio seguro para que el menor pueda explorar su identidad en un entorno no intervencionista.

El apoyo psicoterapéutico permite trabajar sobre el malestar sin suponer de antemano que la única salida posible es la transición (Budge, 2021). Favorece también una elaboración más profunda de los conflictos asociados al cuerpo, al género y al reconocimiento social. Es, en definitiva, una apuesta por el tiempo subjetivo frente a la inmediatez de la medicalización.

5.3. Participación de la familia y abordaje del entorno

El acompañamiento clínico no puede centrarse exclusivamente en el menor. La familia, como espacio primario de vinculación y sentido, debe ser incluida activamente en el proceso. No solo como garante del consentimiento, sino como parte de la tarea clínica: los miedos, expectativas, creencias y heridas familiares influyen poderosamente en la manera en que el menor vive su experiencia de género.

Del mismo modo, el entorno escolar, social y comunitario no puede quedar al margen. Un acompañamiento verdaderamente integral ha de tejer redes, articular dispositivos de apoyo en distintos niveles y combatir las violencias simbólicas o explícitas que muchos menores trans padecen. Cuidar no es solo intervenir clínicamente, sino generar condiciones para que la vida pueda desplegarse con mayor seguridad y sentido.

5.4. Prudencia terapéutica y seguimiento a largo plazo

Cuando, tras una evaluación profunda y un acompañamiento sostenido, se considere la posibilidad de un tratamiento médico, este debería inscribirse en una lógica de máxima prudencia. Esto implica respetar las edades mínimas establecidas en protocolos internacionales, asegurar la plena capacidad de comprensión del menor (cuando sea competente), y garantizar un consentimiento informado real, que contemple los límites del conocimiento actual, los efectos adversos potenciales y las alternativas disponibles.



Igualmente importante es asegurar un seguimiento clínico a largo plazo. La transición médica no agota las necesidades del menor. Los cambios corporales deben ser integrados simbólicamente, las expectativas ajustadas a lo real, y las nuevas formas de habitar el cuerpo y el deseo requieren un acompañamiento clínico sostenido.

6. Conclusión

La atención clínica a menores con disforia de género constituye uno de los desafíos bioéticos más significativos de nuestra época. En un contexto marcado por el aumento de la demanda asistencial, la presión social por soluciones rápidas y la polarización ideológica del debate la evidencia disponible invita a la prudencia.

El principio de autonomía, central en la ética médica, no puede aplicarse de forma aislada ni acrítica en contextos de desarrollo. Reconocer al menor competente no supone ignorar su vulnerabilidad. De la misma manera, respetar su vivencia no implica eliminar los filtros clínicos y éticos que resguardan su bienestar.

Proponemos, por tanto, un modelo de acompañamiento clínico integral, centrado en el tiempo, el vínculo y el cuidado. Un modelo que acoja la complejidad de cada historia personal y dé lugar a la subjetividad sin encauzarla prematuramente. Estar disponibles, evaluar con honestidad, escuchar con profundidad y actuar con prudencia deben ser las claves de una práctica clínica verdaderamente respetuosa con los procesos de desarrollo y con la dignidad de cada menor.

En este campo no hay recetas fáciles. Pero sí hay riesgos reales que debemos asumir con responsabilidad: el riesgo de intervenir demasiado pronto, el riesgo de no intervenir cuando se necesita y el riesgo, especialmente grave, de reducir a los menores a diagnósticos, etiquetas o ideologías. Frente a ello, defendemos una clínica que, siempre basada en la evidencia, no tenga miedo al tiempo ni a la incertidumbre, no renuncie al acompañamiento sostenido y mantenga siempre en el horizonte el bien superior del menor como principio rector.

Referencias

- A. N. de Médecine. (2022). *Medicine and gender transidentity in children and adolescents*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Arnoldussen, M., Steensma, T. D., Popma, A., van der Miesen, A. I., Twisk, J. W. y de Vries, A. L. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 803-811. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01394-6>
- Budge, S. L., Sinnard, M. T. y Hoyt, W. T. (2021). Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy*, 58(1), 1. <https://doi.org/10.1037/pst0000310>



- Cass, H. (2022). *Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*.
- Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T. y Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: a systematic review. *Pediatrics*, 141(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3742>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... y Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International journal of transgender health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Crone, E. A. y Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature reviews neuroscience*, 13(9), 636-650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- De Vries, A. L., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. y Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study. *The journal of sexual medicine*, 8(8), 2276-2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- Gorga, M. (2021). La autonomía progresiva y el neurodesarrollo de niñas, niños y adolescentes desde una perspectiva neuroética. *Revista Redbioética/UNESCO*, 65.
- Grootens-Wiegers, P., Hein, I. M., van den Broek, J. M. y de Vries, M. C. (2017). Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC pediatrics*, 17(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0869-x>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... y T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Horton, C. (2024). Experiences of puberty and puberty blockers: Insights from trans children, trans adolescents, and their parents. *Journal of Adolescent Research*, 39(1), 77-103. <https://doi.org/10.1177/07435584221100591>
- Jarvis, S. W., Fraser, L. K., Langton, T., Hewitt, C. E. y Doran, T. (2025). Epidemiology of gender dysphoria and gender incongruence in children and young people attending primary care practices in England: retrospective cohort study. *Archives of disease in childhood*. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327992>
- Karvonen, M., Karukivi, M., Kronström, K. y Kaltiala, R. (2022). The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria. *Psychiatry research*, 317, 114896. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114896>
- Katz, A. L., Webb, S. A., Committee on Bioethics, Macauley, R. C., Mercurio, M. R., Moon, M. R., ... y Statter, M. B. (2016). Informed consent in decision-making in pediatric practice. *Pediatrics*, 138(2), e20161485. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1485>
- Konrad, K., Firk, C. y Uhlhaas, P. J. (2013). Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(25), 425. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0425>
- Kozłowska, K., Ambler, G. R., Dechêne, S., Almaraz Almaraz, M. C., Eliacheff, C., Entwistle, K., ... y Scher, S. (2025). Evolving national guidelines for the treatment of children and adolescents with gender dysphoria: International perspectives. *Human Systems*, 5(2), 89-152. <https://doi.org/10.1177/26344041241269298>
- Lang, A. y Paquette, E. T. (2018, October). Involving minors in medical decision making: understanding ethical issues in assent and refusal of care by minors. *Seminars in Neurology* 38(5), 533-538. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1668078>



- Levine, S. B. y Abbruzzese, E. (2023). Current concerns about gender-affirming therapy in adolescents. *Current Sexual Health Reports*, 15(2), 113-123. <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00358-x>
- Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Boletín Oficial del Estado, n.º 36, de 1 de marzo de 2023.
- Ludvigsson, J. F., Adolfsson, J., Höistad, M., Rydelius, P. A., Kriström, B. y Landén, M. (2023). A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta Paediatrica*, 112(11), 2279-2292. <https://doi.org/10.1111/apa.16791>
- Paz-Otero, M., Becerra-Fernández, A., Pérez-López, G. y Ly-Pen, D. (2021). A 2020 review of mental health comorbidity in gender dysphoric and gender non-conforming people. *Journal of Psychiatry Treatment and Research*, 3(1), 44-55. <https://doi.org/10.36959/784/425>
- Ponty, M. M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Planeta.
- Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, TB, Lavin, A., Mattson, G., ... y Comité sobre Aspectos Psicosociales de la Salud Infantil y Familiar. (2018). Garantizar la atención y el apoyo integrales para niños, niñas y adolescentes transgénero y de género diverso. *Pediatría*, 142(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>
- Riaño Galán, I., del Río Pastoriza, I., Guindulain, M. C., Fraile, S. G. y de Montalvo Jääskeläinen, F. (2018). Statement by the Spanish Paediatric Association in relation to gender diversity in childhood and adolescence: Ethical and legal view from a multidisciplinary perspective. *Anales de Pediatría*, 89(2), 123-e1. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>
- Salter, E. K., Hester, D. M., Vinarsik, L., Matheny Antommara, A. H., Bester, J., Blustein, J., ... y Ross, L. F. (2023). Pediatric decision making: consensus recommendations. *Pediatrics*, 152(3), e2023061832. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061832>
- Sawyer, K. y Rosenberg, A. R. (2020). How should adolescent health decision-making authority be shared? *AMA Journal of Ethics*, 22(5), 372-379. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.372>
- Socialstyrelsen, S. (2022, October). Uppdaterade rekommendationer för hormonbehandling vid könsdysfori hos unga. [Updated recommendations for hormone therapy for gender dysphoria in young people.].
- Suess, A., Espineira, K. y Walters, P. C. (2014). Depathologization. *Transgender Studies Quarterly*, 1, 73-77. <https://doi.org/10.1215/23289252-2399650>
- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J. y Ahrens, K. (2022). Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA network*, 5(2), e220978-e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Winnicott, D. (1998). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós
- Zepf, F. D., Koenig, L., Kaiser, A., Ligges, C., Ligges, M., Roessner, V., ... y Holtmann, M. (2024). Beyond NICE: updated systematic review on the current evidence of using puberty blocking pharmacological agents and cross-sex-hormones in minors with gender dysphoria. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000972>