

Evidencia científica, lenguaje y experiencia social: desafíos del cambio de paradigma género-afirmativo infantojuvenil

Nicolás Raveau. Detransicionador e investigador en salud, transición y detransición.

detranschile@gmail.com https://linktr.ee/detrans_chile

11 de mayo de 2026

Resumen: Tras siete años de revisiones sistemáticas, el modelo de “afirmación de género” enfrenta una crisis de legitimidad científica y social. Este ensayo analiza la transición global hacia la cautela clínica, tomando como caso de estudio la reciente guía de Singapur (mayo 2026), y muestra la disonancia conceptual que persiste en los manuales de salud, donde la bibliografía de corte activista contradice la prudencia de las nuevas recomendaciones médicas.

Si algo ha quedado establecido tras el proceso de revisión sistemática de los lineamientos clínicos género-afirmativos¹ durante los últimos siete años, es la escasa calidad y la profunda incertidumbre de la evidencia científica que los sustentaba. Siguiendo la senda de naciones pioneras —como Inglaterra, Suecia y Finlandia—, una creciente lista de jurisdicciones que incluye a Dinamarca, Noruega, Francia, Chile, Brasil, la provincia de Alberta en Canadá, el estado de Queensland en Australia y más de veinticinco estados de EE.UU., han reorientado sus políticas de salud. Estas medidas no responden a un impulso ideológico, sino a un ajuste técnico fundado en la Medicina Basada en Evidencia (MBE), restringiendo el acceso a

¹ Enfoque psicoterapéutico afirmativo: Modelo que prioriza la validación inmediata del relato subjetivo, reduciendo la terapia a un pase para la medicalización y atribuyendo cualquier malestar al “estrés de minorías”. Para una muestra de esta secuencia en nuestro país, ver: <https://www.ciperchile.cl/2024/06/25/evidencia-experiencia-y-cartas-transafirmativas-las-contradicciones-del-programa-crece-con-orgullo/>

intervenciones hormonales en niños y adolescentes identificados trans², priorizando en su lugar el soporte psicoterapéutico y el acompañamiento social.

Esta tendencia hacia la cautela se ha consolidado recientemente con las directrices del Ministerio de Salud de Singapur, cuya normativa sanitaria se alineó en mayo de 2026 con el referente europeo. Sus nuevas guías³ de tratamiento enfatizan un enfoque de salvaguarda y exploración psicológica por sobre la medicalización inmediata. Sin embargo, como advierte el sitio especializado *Gender Clinic News*, estas directrices todavía emplean “algo de lenguaje afirmativo”, conviviendo con estudios críticos de esa misma aproximación⁴. Este fenómeno revela una disonancia conceptual que no es exclusiva de Asia, sino que permea los propios referentes europeos.

En concreto, lo que a las guías de Singapur les falta es coherencia interna. Su bibliografía construye un relato lineal a partir de autores con marcos teóricos antagónicos. Por ejemplo, la guía infantil cita a Steensma y de Graaf (artífices del “protocolo holandés”⁵, cuya base empírica original de 2006 presentó conflictos de interés con la industria farmacéutica: fue auspiciado por un fabricante de bloqueadores puberales) junto a Bonifacio y Rosenthal, representantes de la corriente más radical de “afirmación inmediata”. Esta hibridez crea un texto que intenta ser prudente en la recomendación práctica pero sigue anclado en una ontología transactivista en sus fuentes.

² Identificados trans (participio): Se prefiere este término para señalar que la categoría es a menudo el resultado de una codificación o influencia externa (familia, redes sociales o instituciones) sobre malestares inespecíficos del desarrollo.

³ <https://drive.google.com/file/d/1kpRC1iQdSw4UqSRiauWsBIyrGAezjawY/view?pli=1>

https://drive.google.com/file/d/1HMXEoVXaIYF4eSZe2hKcgv_3eLjO-ysn/view Ambos documentos están fechados en julio de 2025, pero se dieron a conocer internacionalmente a través de una circular del Ministerio de Salud de Singapur, con fecha 5 de mayo de 2026. A su vez, la guía adolescente señala que el documento infantil es de 2024, probablemente un error.

⁴ <https://www.genderclinicnews.com/p/singapore-joins-the-cautious-club>

⁵ Para una síntesis de las problemáticas que presenta el “protocolo holandés”, ver “1.3 Orígenes de la transición médica orientada a NNA”, pp. 28-29 en la versión del estudio rediseñada en 2025:

<https://independent.academia.edu/ModeloAfirmativoenChile>

El problema reside en que el descubrimiento de la identidad infantil, cuando considera el “género” como elemento troncal de análisis, dificulta una mirada integral acorde a las etapas de desarrollo. Priorizar esta variable ignora la progresividad de las estructuras cognitivas descritas por la psicología evolutiva clásica (Piaget, Erikson). Introducir conceptos como “identidad de género consistente a los 6 años” (p. 3 del documento singapurense) sobre procesos que son, por naturaleza, fluidos y no definitivos, constituye un reduccionismo que el psicólogo Jonathan Haidt⁶ ha vinculado recientemente con la sobre-intelectualización de la identidad en la infancia digitalizada.

Esta herencia terminológica —el uso de conceptos como “no binario” o “agénero” en niños— persiste incluso en los países que han dado un paso atrás. En Finlandia y Suecia, se observa una “inercia burocrática”: los textos principales recomiendan cautela, pero la bibliografía sigue cautiva de los glosarios de la WPATH, arraigados en la teoría *queer* y el constructivismo social. Incluso el Informe Cass⁷, en un ejercicio de “etiqueta clínica” para mantener el vínculo con el paciente, utiliza pronombres y etiquetas identitarias en su comunicación directa con menores, a pesar de que el cuerpo científico del informe desmantela la validez de dichas intervenciones.

La uniformidad referencial de Singapur se ciñe al DSM-5 (2013) y su revisión de 2022 (DSM-5-TR) como estándares diagnósticos. Sin embargo, el Informe Cass ha efectuado una enmienda fundamental a estas herramientas: el diagnóstico no puede limitarse a marcar casillas de síntomas. El DSM-5, en sus criterios para la niñez (pp. 452-453)⁸, recurre a estereotipos regresivos —preferencia por muñecas, juegos de pelea u orinar sentado— como indicadores de una identidad trans. Bajo este listado esquemático, la infancia se ve asediada por el reemplazo de unos estereotipos por otros, eludiendo la función urgente de la clínica: proponer una mirada integral y profesional.

⁶ <https://jonathanhaidt.com/anxious-generation/>

⁷ <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20250310143933/https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>

⁸ <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

El DSM-5 ha sido acusado de recoger acríticamente teorías *queer*, validando bajo presión política contenidos que carecen de respaldo en la experiencia social y biológica⁹. Mientras el activismo académico promete una “despatologización”, aprueba simultáneamente fármacos de efectos secundarios graves para niños de 8 y 10 años. Este choque entre la traducción simplista del manual y los conceptos *queer* supuestamente “ultraelaborados” evidencia que la coherencia científica ha sido sacrificada para mantener el dominio discursivo.

Usuarios de salud, familias y detransicionadores tienen mucho que decir, pero su voz es frecuentemente opacada por el activismo hegemónico. Es imperativo que el “dato” (evidencia científica) y el “relato” (experiencia social, lenguaje) vuelvan a caminar de la mano. El gran desafío de este cambio de paradigma es revisar el origen y la validez de los términos en uso. No es la existencia de las personas lo que se cuestiona, sino la conceptualización en boga que medicaliza la inconformidad natural con el cuerpo al ir creciendo.

La guía adolescente de Singapur antepone el acuerdo parental al diagnóstico (p. 11), una medida en favor de la salvaguarda familiar. Asimismo, la Asociación Médica Británica (BMA) ha retirado en mayo de 2026 su oposición al Informe Cass, reconociendo su rigor metodológico a pesar del acoso activista previo que obligó a realizar votaciones anónimas por miedo a represalias¹⁰.

¿Acaso la implementación de la cautela clínica avanza lentamente por dos factores: el silencio forzado por la amenaza de “funa” o acoso activista, y la confusión terminológica persistente? Como advierte el pediatra sueco Mats Reimer, a pesar de las políticas de prudencia, algunas clínicas siguen operando bajo el modelo anterior por inercia¹¹.

Quienes buscamos alternativas al modelo género-afirmativo tenemos la tarea pendiente de discutir estas diferencias terminológicas sin miedo. No ajustarse a ciertos estereotipos o mandatos sociales no es razón suficiente para intervenir el cuerpo con tratamientos deficientes y promesas terapéuticas vacías. Valor y cautela no son términos opuestos; son, hoy más que nunca, los pilares de una práctica ética en la salud mental infantil.

⁹ <https://www.thenewatlantis.com/collections/sexuality-and-gender>

¹⁰ <https://www.bmj.com/content/393/bmj.s876>

¹¹ <https://www.genderclinicnews.com/p/gay-history-hijacked>