
Detransición en Chile: cuatro testimonios en el contexto de la discusión sobre el modelo género-afirmativo

Nicolás Raveau

2 de octubre de 2026

DETRAN SCHILE@GMAIL.COM [HTTPS://LINKTR.EE/DETRANS_CHILE](https://linktr.ee/detrans_chile)

Índice

Resumen	1
1 Discusión sobre el modelo género-afirmativo en Chile	2
1.1 Contradicción del hospital público	4
2 Detransición: cifras y conceptos	5
2.1 Motivos para detransicionar	9
2.2 Genealogía terminológica y límites del marco clínico	13
3 Testimonios de detransición y abandono de la identidad trans en Chile	15
3.1 Introducción y marco testimonial	15
3.2 Testimonio de Juan, padre de Andrea	16
3.3 Análisis de caso	18
3.4 Testimonio de Luisa, madre de Clara	19
3.5 Análisis de caso	22
3.6 Testimonio de <i>Mujer Lesbiana</i>	24
3.7 Análisis de caso	25
3.8 Testimonio sobre «Coral» (1990)	27
3.9 Análisis de caso	28
4 Conclusiones	30

Resumen

El texto examina alternativas al modelo género-afirmativo, analizando cifras, conceptos y debates sobre la detransición, la desistencia y el abandono de la identidad trans a la luz de un corpus de testimonios chilenos. Destacan los relatos inéditos de un padre y una madre sobre las deficiencias en las redes de soporte educativo y sanitario, el impacto de las plataformas digitales y de la pornografía en la configuración sexual e identificación trans temporal de sus hijas, así como el caso de una joven pionera en compartir su realidad a nivel local, quien detransicionó tras someterse a tratamientos hormonales y quirúrgicos que dejaron secuelas en su cuerpo.

Esta mirada analítica integra a la experiencia contemporánea un antecedente histórico registrado en Chile en 1990: el cambio de rumbo de una figura clave del ambiente prostibular que abandonó el travestismo y el comercio sexual. Se recupera esta vivencia en tanto hito que acude en auxilio de la *disidencia actual*, representada por los jóvenes que están abandonando la identidad trans y por sus familias, quienes enfrentan un escaso o nulo respaldo institucional.

La investigación —desarrollada desde la experiencia de quien fuera activista en espacios de acompañamiento familiar, dirigente social junto a población trans-travesti en situación de calle y que posteriormente abandonó la transición— busca visibilizar las trayectorias de las personas detransicionadoras y sus familias, al tiempo que recupera una memoria sudamericana extramural, desarrollada al margen del acuerdo entre clínica, activismo y academia, aportando nuevos antecedentes al campo de estudio.

1 Discusión sobre el modelo género-afirmativo en Chile

La falta de consenso en la comunidad médico-científica ha motivado, desde aproximadamente 2019 en diversos países europeos y varios estados norteamericanos, la restricción de tratamientos hormonales en menores de edad y un acompañamiento psicológico más cauteloso. **En parte, estos enfoques aún conviven con ciertas categorías del glosario género-afirmativo o con formas de semiafirmación, lo que evidencia la necesidad de avanzar hacia una terminología plenamente propia y una atención recontextualizada** (Raveau, [2026](#)).

A nivel local, el debate centrado en la hormonoterapia infantojuvenil y la responsabilidad parental comenzó a visibilizar una realidad adyacente y poco explorada: las experiencias de detransición y abandono de la identidad trans. Sin embargo, la aproximación general a estas trayectorias ha oscilado entre un encuadre clínico que las interpreta como un mero «fallo diagnóstico» y lecturas que las instrumentalizan en disputas ideológicas que se desvían de una escucha más profunda.

Mediante un vasto despliegue de recursos económicos, presiones discursivas e intimidación física —evidenciada en protestas, bloqueos y hostigamiento directo—, el activismo de la «afirmación de género» instaló un clima internacional de represalias que explica por qué las voces médicas divergentes y las narrativas de detransición han sido escasas y, en gran medida, reticentes a articularse abiertamente (El Dínamo, [2025](#); Lane, [2026](#)). Pese a ello, el progresivo cuestionamiento al modelo ha precipitado un quiebre irreversible. En Chile, gracias a un restringido grupo de la sociedad civil que sobrepasó estas barreras, entre los años 2024 y 2025 se desencadenaron hitos que parecían inalcanzables poco tiempo atrás. Tras una intensa exposición mediática, la discusión pública se desplazó hacia los ámbitos administrativo, parlamentario y judicial a través de seis acontecimientos fundamentales:

1 Suspensión de tratamientos hormonales en la red privada (UC Christus): la suspensión indefinida de nuevos tratamientos hormonales a menores de edad en la red de salud privada UC Christus, una de las más importantes del país, representó el primer quiebre institucional. Aunque las autoridades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, encabezadas por el decano de Medicina, Dr. Felipe Heusser, recurrieron al *Informe Cass* de Inglaterra y a la declaración papal *Dignitas infinita* como justificación técnica, en la práctica estos argumentos funcionaron para contener el impacto público y la crisis reputacional gatillada por la prensa¹.

¹ El comunicado oficial del decano se encuentra disponible en el cuerpo del reportaje periodístico «Pubertad interrumpida» (Drysedale, [2024](#)), que dio a conocer a todo el país las estrategias de presión para acelerar las transiciones de niños y adolescentes.

2 Suspensión de tratamientos en la red pública y reforma al PAIG: la recomendación de una suspensión temporal de nuevos tratamientos hormonales a menores de edad en la red de salud pública se acompañó de la reformulación del consentimiento de ingreso al Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG) del Ministerio de Salud (orientado a niños y adolescentes de 3 a 17 años; véase el análisis del PAIG en Rojas, [2024](#); Raveau, [2024](#)). A través de la Circular 8 del Ministerio de Salud ([2025](#)) se estableció la obligatoriedad de una autorización de ingreso firmada por los padres o tutores legales de menores de 14 años, y la prohibición de cualquier forma de intimidación sobre aquellos para que la otorguen. Esta medida puso fin a una grave irregularidad del protocolo original, en el cual niños desde los 3 años de edad formalizaban su ingreso estampando una simple firma o trazo en un papel, sin requerir autorización parental expresa. Bajo aquel esquema, el sistema se limitaba a notificar a uno de los adultos a cargo y, en caso de que los padres se opusieran al proceso de transición, se exponían a ser denunciados ante Tribunales de Familia, abriendo la vía a la pérdida del cuidado personal de sus hijos. No obstante, el alcance del nuevo consentimiento informado ha sido objeto de críticas, dado que la autorización familiar debería exigirse para todos los menores de edad, es decir, hasta los 18 años (Bío-Bío, [2025](#)). El documento tampoco describe ninguna de las complicaciones secundarias ni los efectos adversos asociados a tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas, procedimientos a los cuales el PAIG deriva directamente y que un sector significativo de la comunidad científica cataloga como experimentales y profundamente controvertidos.

3 Aprobación del Informe de la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados: la aprobación del informe emanado de la Comisión Especial Investigadora C57 de la Cámara de Diputados, el cual recomendó formalmente la suspensión del PAIG y la revisión de los protocolos sanitarios de acompañamiento (C. Diputados, [2024](#)).

4 Restricción presupuestaria al programa estatal: la aprobación de glosas presupuestarias específicas aplicó restricciones al financiamiento del PAIG, condicionando los fondos públicos al cumplimiento de estándares de fiscalización y autorización parental (Astaburuaga, [2025](#)).

5 Denuncias por cirugías fuera de norma en el sistema público: la irrupción de denuncias por intervenciones quirúrgicas de «reasignación de sexo» practicadas fuera de norma a

menores de edad dentro de la red pública de salud expuso la falta de control técnico y administrativo en las derivaciones hospitalarias (Bío-Bío, [2024](#)).

6 Auditorías de la Contraloría General de la República: la apertura de auditorías por parte de la Contraloría General de la República busca fiscalizar los programas de «salud trans», incluyendo el PAIG y el Programa Salud Trans (PST) (Cooperativa, [2026](#)). El PAIG contempla una **ficha de derivación directa** hacia el PST, el cual habilita la prescripción de bloqueadores puberales a partir del estadio Tanner II (que puede presentarse desde los 8 años de edad, pese a que el texto del PST declare los 10 años como umbral). Si bien la Contraloría ha desplegado un rol activo en el examen del PAIG, su postura frente a la Circular 812 del Ministerio de Educación, que regula el acompañamiento a estudiantes identificados trans en el sistema escolar, pone de manifiesto la ambivalencia con que la institucionalidad chilena aborda el fenómeno. En el ámbito educativo, el órgano fiscalizador ratificó la legalidad de la normativa frente a las impugnaciones presentadas (Diario Constitucional, [2026](#)). Desde una perspectiva jurídica, esta resolución omite que un acto administrativo de rango menor no debería sobreponerse al derecho y deber preferente de los padres a educar y acompañar a sus hijos. Desde una dimensión psicosocial, la medida favorece una existencia escindida para el estudiante —quien puede adoptar un rol social transicionado en la escuela a espaldas de su entorno familiar—, lo que en la práctica fragiliza el diálogo y la contención en el hogar.

1.1 Contradicción del hospital público

En medio del cuestionamiento nacional e internacional al modelo género-afirmativo (reflejado en el Informe de la Comisión Especial Investigadora C57 de la Cámara de Diputados de Chile, en las conclusiones del *Informe Cass* y en las restricciones aprobadas en Europa y Estados Unidos), resulta contradictorio que el Hospital Clínico de la Universidad de Chile haya lanzado un «Programa de Acompañamiento y Atención para Personas Trans y de Género Diverso» (U. Chile, [2026](#)). Sustentado en la premisa afirmativa y en la Política Nacional de Salud Trans de [2025](#) —redactada por los mismos promotores del PAIG y abundante en terminología político-ideológica como «patriarcado» o «territorialidad», por encima de la evidencia médica actualizada—, el programa universitario declaró no prescribir hormonas a menores de 18 años, ofreciendo a cambio «charlas de orientación endocrinológica» que mantienen la derivación social y la inercia médica. La presentación del programa muestra profundas inconsistencias conceptuales, yuxtaponiendo la noción de «despatologización» con criterios anticuados como el de un «género arraigado en el cerebro», expuestas en la vocería urológica (Gjuranovic, [2026](#)). Asimismo, las contradicciones alcanzan el ámbito de las intervenciones quirúrgicas: mientras el urólogo del programa explica la

«construcción de un pene» (faloplastia), los propios documentos técnicos del Ministerio de Salud (Programa Salud Trans, 2023) reconocen que en Chile no se realizan este tipo de procedimientos debido a la falta de pericia local y a las elevadas tasas de complicaciones severas e irreversibles. La brecha entre el discurso género-afirmativo universitario y las capacidades reales de la medicina nacional pone de manifiesto la urgencia de reevaluar estos programas a la luz de una praxis clínica éticamente sustentable.

2 Detransición: cifras y conceptos

La detransición y sus categorías constituyen un ámbito altamente controvertido dentro de la investigación científica. En primer lugar, **la terminología impulsada por el transactivismo y la literatura género-afirmativa clínica y universitaria no responde a un debate puramente semántico, sino a una estrategia política orientada a asimilar la detransición, la desistencia y el abandono identitario como una simple fase de «exploración» dentro de un continuo fluido, invisibilizando las dinámicas de reflexión y toma de conciencia, junto con las secuelas físicas y psicológicas que estos procesos conllevan.**

En segundo lugar, médicos no alineados, investigadores, voces detransicionadoras, agrupaciones sociales y comunitarias (incluidas organizaciones cristianas y feministas críticas del modelo) y, en particular (dada su incidencia legislativa), políticos y jueces conservadores o de derecha — pese a que tanto en nuestro país como en otras latitudes una porción de la izquierda y centro parlamentario ha votado contra la afirmación radical—, son acusados por la combinatoria clínico-activista de «atacar la salud trans» al promover la restricción o prohibición de los procesos de transición en menores (Expósito-Campos y MacKinnon, [2025](#)). Esta narrativa se despliega tanto en consignas abiertamente incendiarias como en análisis que simulan una postura de neutralidad o moderación académica, cuyos llamados a reformas mínimas buscan preservar la lógica del modelo mientras descalifican la crítica de fondo. Sin embargo, pese a que el sector conservador suele actuar de manera principalmente reactiva, ha abierto una puerta de escucha institucional ante la hermeticidad del sistema sanitario.

Por último, **existe un sesgo estructural derivado del predominio del discurso médico anglo europeo. Mientras en esas latitudes la experiencia trans ha estado históricamente ligada a la red hospitalaria y a las «clínicas de género», en Sudamérica la realidad trans y el circuito del travestismo discurrieron durante décadas en marcos sociales, comunitarios y marginales,**

desvinculados de la medicina formal. Importar acríticamente dichos marcos omite esta brecha histórica y desconoce precisiones analíticas fundamentales.

Por ejemplo, el vínculo inicial entre el transactivismo y las familias de niños y jóvenes identificados trans en Chile (Fundación Transitar, 2015-2018) nació de la necesidad de formar colectivo para romper con la exclusión social y escolar ante el desconocimiento absoluto de esta realidad en nuestro país. Aunque la base de la propuesta era expresamente sociocomunitaria y ajena al dominio clínico, la dinámica integraba el acompañamiento psicológico familiar opcional. A pesar del trasfondo de hiperpolitización, **la lectura de investigaciones científicas, el contacto cotidiano y la acción social permitieron extraer conclusiones para desaconsejar la medicalización de menores de edad**, aun cuando esa aspiración comenzaba a instalarse en las familias debido a la penetración de normativas internacionales (Raveau, [2024](#)). La alianza posterior entre clínica y activismo —cristalizada en Chile a partir de 2021 con el PAIG o «Crece con Orgullo» del Ministerio de Salud— introdujo a nivel local la paradoja género-afirmativa de la patologización/despatologización, enfocó las intervenciones médicas y sociales en edades tempranas y clausuró la comprensión general de que lo que niños y adolescentes requerían era un espacio para explorar, y no una etiqueta definitiva.

Sin dejar de considerar estos matices, la literatura clínica y académica internacional suele sintetizar tres definiciones generales:

- 1 **Detransición:** la interrupción, detención o reversión de los procesos de «afirmación de género» tras haber iniciado intervenciones sociales, hormonales o quirúrgicas.
- 2 **Desistencia:** el cese de la identificación trans previo a cualquier intervención médica, fenómeno observado con frecuencia en la infancia y la adolescencia.
- 3 **Abandono o discontinuación:** el cese de la atención clínica en un contexto de acompañamiento psicológico y médico (que comprende la *transición social* —cambio de nombre, pronombres y vestimenta, entre otros pasos— y la *transición médica* —hormonal, quirúrgica o ambas—) que, si bien puede ser formalmente notificado, suele presentarse como una interrupción no informada. Esto genera un vacío metodológico recurrente (*loss to follow-up*), donde la pérdida de seguimiento tiende a contabilizarse erróneamente en los registros oficiales como un indicador implícito de éxito o satisfacción con la transición. Como veremos a continuación, esta definición tiende a solaparse con las dos anteriores.

Los estudios de Littman ([2021](#)) y Vandenbussche ([2022](#)) reflejan que, **aun en investigaciones orientadas a visibilizar las experiencias de detransición, persiste la disparidad en los términos a definir**. Mientras Littman (2021) circunscribe su muestra a personas que se han sometido a intervenciones médicas (hormonales o quirúrgicas), Vandenbussche (2022) amplía el marco al incluir la detransición social y la desistencia². Más aún, la encuesta de Vandenbussche considera dentro de estos criterios tan solo a quienes explícitamente se identifican como detransicionadores por el hecho de abandonar la identificación trans, mientras que la encuesta de Littman incorpora a personas que vuelven a identificarse con su sexo natal junto a otras dentro del espectro trans y no binario, reservando los indicadores de detransición al cese del tratamiento hormonal y a posibles cirugías para revertir la transición.

Por otra parte, el trabajo de Vandenbussche consulta a sus encuestados por el «sexo asignado al nacer» (p. 1605), mientras que Littman declara expresamente, según criterios de objetividad y precisión, su preferencia por el término «sexo de nacimiento» (p. 3354). La diferencia no es inocua, dado que se enmarca en la disputa por el dominio del lenguaje clínico, donde el término «sexo asignado al nacer» es uno de los irrenunciables políticos dentro de la combinatoria institucionalizada de «derechos trans» y modelo género-afirmativo, dirigida a sustituir la idea de los dos sexos biológicos (que incluye a las personas nacidas con Diferencias del Desarrollo Sexual o DDS) por un «espectro sexual no binario» (Wright, [2025](#)). Eli Vandenbussche, siendo ella misma una detransicionadora, probablemente no buscase ese objetivo con su definición del sexo; sin embargo, denota cierta contradicción frente al término adoptado acríticamente desde el glosario trans, toda vez que su trabajo contiene el indicador que nos parece más relevante al momento de construir una definición crítica sobre la detransición: el hecho de ubicarse explícitamente fuera del espectro de la identificación trans. Por el contrario, el vocabulario de la encuesta de Littman reconoce que el sexo natal es un hecho, pero su definición de detransición se remite preferentemente al seguimiento médico y no a razones identitarias.

El cuestionario de Littman también incluye una interrogante que resulta metodológicamente tangencial y carece de justificación contextual: consultar a los participantes sobre su grado de

² Este fenómeno puede darse tanto en la infancia y la adolescencia como en la adultez, aunque es más frecuente en menores que abandonan la ideación trans previo a iniciar procesos médicos. Conviene recordar que el uso de *binder* (faja compresora) y los efectos psicológicos de la transición social pueden dejar secuelas tan permanentes como las de una transición médica. Desde nuestra perspectiva, la distinción médico-social entre detransición y desistencia reproduce la obsoleta clasificación entre «transexuales» y «transgéneros». En aquel paradigma, el sujeto no solo quedaba adscrito a una categoría clínica determinada, sino que era interpelado públicamente en función del grado de radicalidad de su modificación corporal. Como ejemplo, las primeras definiciones del transexual exigían la realización de cirugías genitales seguidas de tratamientos hormonales sostenidos en el tiempo.

acuerdo con el matrimonio homosexual (cuestión respondida favorablemente por una abrumadora mayoría). Esto sugiere que el subtexto de la pregunta podría orientarse a legitimar a la población detransicionadora como un sector aliado o amigable con el colectivo LGBTQ+, soslayando que sus problemáticas responden a otro orden y que, paradójicamente, gran parte de la omisión y el maltrato proviene de dicho sector, una dimensión en la que Vandebussche sí profundiza. Por último, cabe señalar que ambas investigaciones se concentran exclusivamente en población angloamericana, un sesgo geográfico fundamental al momento de extrapolar dichos datos a la realidad local.

Respecto a la tercera noción o definición, en el marco de la atención clínica se observa un cruce frecuente entre el cese del tratamiento y la detransición identitaria. Un estudio de Hall et al. (2021) sobre 175 pacientes dados de alta en la clínica de identidad de género para adultos *The Laurels* (NHS, Reino Unido) reveló que el 6,9 % cumplía criterios explícitos de detransición —definida operacionalmente como el «retorno al rol de género original»— o de cese del tratamiento. Cabe destacar que el 94 % de la muestra había accedido a hormonoterapia y el 47,7 % a procedimientos quirúrgicos. Por su parte, la investigación de Boyd et al. (2022) en usuarios adultos del servicio de salud británico (público y privado) expone que la tasa de abandono voluntario de las hormonas alcanzó el 20 % (una proporción aproximada de 8 de 41 personas, equivalente al 19,512 %), cifra que duplica los casos de detransición identitaria registrados oficialmente en las fichas clínicas (9,8 %). Mientras unos estudios diferencian con claridad los motivos, otros omiten si el abandono del tratamiento médico está asociado a causas identitarias, y otros más presuponen de manera directa dichas causas ante la interrupción médica.

Estos datos evidencian que la literatura clínica y académica suele omitir una definición basal de la detransición centrada en la reflexión identitaria, o bien una que contemple la decisión expresa de situarse fuera de la transidentificación. Este vacío es asumido de forma nominal por el estudio clínico de Boyd et al. y abordado de manera más desarrollada, mediante una definición explícita, por la encuesta sociológica de Vandebussche.

En ese sentido, sigue pendiente **un abordaje clínico y académico que responda mejor a las pretensiones analíticas del transactivismo. A menudo, estas orientan la conceptualización de la detransición hacia una operación de disección y fragmentación en subcategorías identitarias que busca desmontar su carga crítica.** Desde nuestra perspectiva, esto se manifiesta, por ejemplo, en las publicaciones de la asociación clínico-transactivista [The One Percent](#) (Expósito-Campos y MacKinnon).

Boyd et al. advierten, además, que «no se encontró ningún estándar adecuado de auditoría en atención primaria», observando serias inconsistencias entre las guías clínicas británicas de atención en materia de género a nivel general. Esta desarticulación se reproduce de forma análoga en la atención género-afirmativa, tanto pública como privada en Chile (Drysdale, [2024](#)). En este paisaje de opacidad institucional, un factor determinante en la subestimación estadística de la detransición es la elevada tasa de pérdida de seguimiento (*loss to follow-up*). El estudio de Littman (2021) realizado sobre una muestra de 100 personas con experiencia de detransición médica (con una edad promedio de 29,2 años), reveló que solo un 24 % volvió a contactar al profesional o clínica que facilitó su transición. Esta desconexión responde en parte a que **el sistema articula pautas «afirmativas» que priorizan la medicalización expedita, careciendo por completo de protocolos para acompañar el cese hormonal, quirúrgico y transidentitario.**

Asimismo, todos estos datos confirman que la interrupción del tratamiento y la detransición no corresponden exclusivamente a la adolescencia, sino a realidades observadas de igual manera en la etapa adulta.

Las consecuencias de esta falta de supervisión se traducen en malas prácticas patentes, como el caso del Texas Children's Hospital, que en 2026 sentó un precedente al alcanzar un acuerdo judicial tras ser acusado de adulterar el registro de atención género-afirmativa, utilizando códigos de diagnóstico falsos y facturas indebidas a través del programa estatal Medicaid. Según las investigaciones, estas alteraciones tenían el propósito de ocultar de manera deliberada la realización de procedimientos de transición de género en menores, los cuales ya estaban siendo restringidos o prohibidos por las leyes del estado. Como parte del acuerdo, el hospital aceptó pagar una multa de 10 millones de dólares y financiar servicios gratuitos de detransición durante cinco años (The Guardian, [2026](#)). Es preciso observar con cautela el historial de estos prestadores: ¿resulta confiable detransicionar dentro de un hospital con tales antecedentes?

2.1 Motivos para detransicionar

Respecto al cese identitario, la encuesta de Vandenbussche (2022)³ —realizada a 237 personas que detuvieron su transición médica o social, con un rango de edad de 13 a 64 años (media de 25,02 años; 92 % mujeres)— **cuestiona la tesis afirmativa de que el abandono responda principal o únicamente a presiones y discriminación externa.** Pese a la evidencia, esta última premisa sigue

³ Por un error de transcripción en nuestro libro *Dejar de ser trans* ([2026](#)), las cifras atribuidas a Vandenbussche resultaron imprecisas. En la presente investigación se rectifican dichos valores.

utilizándose para desestimar las trayectorias de detransición; por ejemplo, en la conferencia de la Asociación Psicoanalítica de Santiago «¿Existe la destransición?» (2022), el psicólogo Marcelo Cárcamo (UC Christus) redujo el fenómeno a la influencia de un «entorno hostil», omitiendo que el caso clínico presentado en la misma mesa contaba con apoyo familiar irrestricto y, aun así, el adolescente decidió detransicionar (APSAN, [2022](#)).

Frente a la tesis del entorno hostil, Vandebussche sostiene que predominan las motivaciones internas y de salud para detransicionar. Entre las principales razones destacan comprender que la disforia estaba vinculada a otros problemas de salud mental o traumas (70 %), la preocupación por la salud a largo plazo (62 %), constatar que la transición no alivió el malestar (50 %), hallar alternativas de afrontamiento (45 %), cambios ideológicos (43 %) y la resolución espontánea (34 %), frente a solo un 10 % que cita discriminación o rechazo social.

En esa misma dirección apuntan los datos recopilados por la gestora de un sitio de apoyo a mujeres detransicionadas (Stella, [2016](#)). Asimismo, la agrupación de familias Amanda ([2025](#)) realizó una encuesta a 476 hogares de adolescentes y niñas con «disforia de inicio rápido» (Littman, [2018](#)), cuyos resultados revelan que el 77 % de los menores presentaba neurodivergencia o malestar psicológico previo; entre el 65 % y el 77 % registraba dificultades de socialización o experiencias traumáticas; un 30 % de las chicas y un 21 % de los chicos desistieron del proceso posteriormente, y 5 de cada 10 familias reportaron experiencias de presión en los centros educativos.

Vandebussche consigna, además, que **la omisión e incluso el maltrato directo del que son objeto quienes abandonan la identificación trans proviene en gran medida del propio colectivo LGBT+.** Esta realidad se replica en Chile tanto en los testimonios recopilados (Las Hipopótamas, [2020](#); Raveau, [2024](#)) como en el control de la terminología. En el libro *Niñeces trans* ([2024](#)), clínicos y activistas afirmativos sostienen: «[D]esestimamos la noción de detransición de género. Las personas, a cualquier edad, pueden experimentar con su género y regresar a un punto de partida, lo cual debe entenderse como parte de un proceso de aprendizaje, no como un error» (p. 172). De este modo, **se intenta borrar la validez de la experiencia detransicionadora y asimilar el quiebre y el abandono a un mero continuo de exploración, en un esfuerzo por preservar la validez del modelo afirmativo y eludir los costos institucionales del daño causado.**

Como se deduce de la evidencia disponible a la fecha, ninguna tasa reportada es absoluta debido a los sesgos de subregistro. Sin embargo, es el modelo afirmativo el que queda expuesto, no solo por sustituir la evaluación psicológica diferencial de comorbilidades (como trauma, autismo o depresión) por una validación inmediata de la identidad declarada, sino por omitir en el

consentimiento informado los riesgos de la intervención médica: compromiso de la fertilidad, pérdida de densidad ósea, secuelas quirúrgicas irreversibles, entre otras. En este marco, el cese de los tratamientos no representa un evento colateral, sino una falla estructural del dispositivo (Cohn, [2023](#)).

En Chile, el PAIG no dispone de un registro transparente de los menores derivados a tratamiento hormonal. En cuanto a la población adulta, la experiencia muestra que la medicalización suele ser el destino mayoritario: en el Policlínico de Identidad de Género del Hospital Carlos Van Buren, por ejemplo, más del 80 % de los usuarios se encuentra bajo tratamiento hormonal, según las declaraciones de los propios integrantes del equipo (Pérez, [2024](#)). Estas cifras son similares a nivel internacional y quizás sea este el motivo de la predominancia analítica de la detransición médica. Si bien las consecuencias de la transición social en la infancia han sido advertidas en las entregas del *Informe Cass*, **cabe considerar que la transición a cualquier edad puede constituir apenas una breve estación dentro de la trayectoria vital, de la cual la detransición o el cambio identitario marcan las subsiguientes; del mismo modo, las problemáticas y comorbilidades pendientes sumarán otros tantos desafíos, posiblemente más complejos y extensos de abordar.**

En abierto contraste con la evidencia internacional, el equipo de psicoterapia género-afirmativa Proyecto T (Universidad Diego Portales) sostenía en 2024 que la detransición se sitúa entre el 1 % y el 3 % durante la última década (Proyecto T UDP, [2024](#)), una cifra cuantitativamente inferior a la documentada en la literatura clínica actual (Hall et al., [2021](#); Boyd et al., [2022](#)). Dicho equipo compromete la neutralidad de su diagnóstico, considerando en particular su rol profesional en la formulación del programa PAIG. Asimismo, el hecho de que esta agrupación descalifique las críticas técnicas atribuyéndolas a «grupos extremos» o «teorías conspirativas» evidencia la fragilidad teórica del dispositivo afirmativo frente a los estándares de la medicina basada en evidencia.

La literatura clínica nacional sobre detransición es casi inexistente. Excepcionalmente, el psicólogo Juan Pablo Rojas (Escuela de Psicología de la Universidad Finis Terrae, Fundación Raíz Humana) publicó en 2021 una revisión sobre el estado del arte internacional (Rojas, [2021](#)). Resulta revelador que dicho trabajo sea anterior a la implementación del PAIG en 2023, lo que demuestra que la institucionalidad sanitaria disponía de antecedentes que advertían sobre la necesidad de mejorar los protocolos diagnósticos y ofrecer alternativas terapéuticas previas a la transición social y medicalización de menores; sin embargo, estas sugerencias fueron desatendidas en el diseño del programa.

La única cifra oficial reportada en Chile sobre personas que han «destransitado» o «detenido su proceso» corresponde al año 2021 y alcanza un 9,9 % (4 de 44 adolescentes en control continuo de más de seis meses, lapso señalado por el DSM-5 para diagnosticar «disforia de género») en la Unidad Transitando del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, según expuso la psicóloga Josefina Cáceres (véase APSAN, [2022](#)). Sin embargo, la autora incurre en severas inconsistencias al intentar articular la vía atencional —supuestamente intermedia respecto a la afirmatividad— que propugna, apelando de forma genérica a la literatura holandesa de hace dos décadas⁴. Pese a las deficiencias conceptuales de dicho encuadre, la cifra reportada emerge y se sostiene como un indicador empírico ineludible.

En España, Expósito-Campos et al. ([2023](#)) analizan la detransición dentro de un marco de creciente interés sanitario, social y mediático por lo trans, asumiendo que se trata de un fenómeno exclusivo de los «países desarrollados» (p. 99). Pese a su reciente publicación, este análisis desconoce no solo la dimensión contemporánea del cese identitario fuera de dicho entorno, sino también las dinámicas históricas de las poblaciones trans-travestis sudamericanas, ajenas a las redes hospitalarias. Además, resulta inadecuado adjudicar la categoría de «colectivo» a quienes detransicionan (pp. 107, 110 y 112): las trayectorias inscritas en la marginalidad o en la prostitución callejera no se estructuran en una colectividad articulada, por lo que el cese identitario en dicho contexto constituye un proceso atravesado por estrategias de supervivencia doblemente invisibilizadas (véase 3.8 y 3.9). Por último, no solo en Chile, las redes familiares de apoyo a la detransición y desistencia mantienen un perfil público sumamente bajo y en ningún caso resultan equiparables, en cuanto a cohesión y recursos, a la «presión ideológica por parte de otro colectivo» (p. 107, en referencia a las organizaciones trans)⁵.

⁴ La transición médica orientada a menores de edad inició su difusión masiva en Estados Unidos el año 2007, cuando el endocrinólogo Norman Spack implementó en el Hospital de Niños de Boston el llamado «Protocolo holandés» (Delemarre-van de Waal y Cohen-Kettenis, [2006](#)). Se ha denominado igualmente de este modo a las ampliaciones posteriores de dicho estudio, el primero de la serie de «estudios holandeses» ([2011](#), [2012](#) y [2014](#)) responsables de la propuesta de medicalización de niños y adolescentes a nivel internacional, la cual ha venido siendo cuestionada al menos desde 2017 por la literatura clínica (Hruz et al., [2017](#); Malone et al., [2021](#)). Los reparos apuntan a sus bajos estándares de calidad según los criterios actuales de investigación, a la falta de rigor y contradicciones respecto a los efectos colaterales de los supresores puberales (de donde se origina el mito de que serían inocuos y reversibles), y a un seguimiento clínico poco fiable de cirugías y tratamientos hormonales entre adolescentes (Biggs, [2023](#)). Cabe señalar un conflicto de interés manifiesto: el estudio o «protocolo» holandés de 2006 fue auspiciado por Farmacéuticas Ferring (como consta explícitamente en los agradecimientos del documento), fabricante de la triptorelina utilizada como bloqueador o supresor puberal.

⁵ Nuestro análisis toma como referencia la versión en español del estudio de Expósito-Campos et al., la cual utiliza el término «colectivos» para referirse a las personas trans y detrans. Esta elección no es aleatoria: la [versión en inglés](#) traduce dicha palabra como «group» (grupo), delatando incomprensión política. Desde la

En colaboración con el transactivista Kinnon MacKinnon, el mismo Expósito-Campos reinterpreta itinerarios históricos bajo las categorías de «detrans» o trayectorias no lineales, atribuyendo una dependencia discursiva clínico-afirmativa inexistente en las épocas analizadas (Expósito-Campos y MacKinnon, [2025](#)). Esta postura forzada ha sido cuestionada por la investigadora Lisa Selin Davis al analizar datos actuales presentados por MacKinnon en *The New York Times* (2025), demostrando cómo la praxis clínico-militante de la afirmación de género acomoda a conveniencia la línea cronológica completa: **«Si solo el 29 % revirtió su transición por razones externas, y la mayoría reportó un empeoramiento de su salud mental y arrepentimiento, ¿por qué los legisladores no considerarían prohibir los tratamientos que llevaron a esos resultados? Después de todo, los defensores de la atención de afirmación de género no han ofrecido alternativas ni modificaciones, ni han sugerido pautas más estrictas ni un seguimiento más riguroso»** (Davis, [2025](#)).

2.2 Genealogía terminológica y límites del marco clínico

¿Cuántos de quienes abandonan la identidad trans con secuelas médicas experimentan un dolor físico permanente con el que deben aprender a convivir? ¿Cuántos detransicionadores de escasos recursos económicos logran acceder a un acompañamiento psicológico adecuado? ¿Cómo se aborda la ideación suicida o la depresión en quienes no hallaron alivio en la transición? ¿Cuál es el tiempo mínimo de vivencia trans (socializada o no) para ser posteriormente reconocido en la estadística como detransicionador o desistidor? **¿Qué cifras y qué definiciones son necesarias para que, tras más de diez años de discusión clínica y desglose conceptual, las instituciones de salud nacionales e internacionales publiquen al fin un protocolo oficial de soporte y acompañamiento para quienes desisten, detransicionan o dejan atrás la identificación trans y la medicalización de afirmación de género?**

El término *detransición* surgió a mediados de los años 2000 en publicaciones independientes y se consolidó a comienzos de la década siguiente en plataformas digitales como Tumblr y Reddit. El

antropología clásica, el grupo es definido como un agente de interacción desprovisto de una carga estratégica específica. En contraste, las nociones de comunidad y colectivo remiten a formas precisas —y antagónicas— de organización social. Siguiendo a Delgado ([2008](#)), mientras que la comunidad se constituye de forma jerárquica, cerrada y supeditada a principios trascendentales (como una fe, un pasado o una identidad homogénea), el colectivo emerge en la esfera pública a través de la negociación entre extraños, articulada mediante pactos racionales para alcanzar fines concretos. Esta distinción resulta crítica para comprender no solo la genealogía semántica de los términos, sino el propio campo de disputa ideológica actual. El transactivismo —tanto el sudamericano como el global— comprende perfectamente esta diferencia al articularse estratégicamente bajo la noción de colectivo y no de mero grupo.

cuestionario diseñado en 2016 por la detransicionadora y bloguera Cari Stella constituyó un antecedente temprano en el abordaje de estas trayectorias (Stella, [2016](#)). Si bien este aporte resulta altamente significativo, su comprensión del fenómeno se mantiene estrechamente vinculada al libreto clínico, funcionando como modelo para los formatos de encuestas médicas posteriores. Con todo, un aspecto central de la propuesta de Stella reside en el planteamiento de **crecer y desarrollarse al margen de los estereotipos de género sin necesidad de someter el cuerpo a intervenciones médicas, alternativa analíticamente exigente y de permanente vigencia.**

Frente a este recorrido anglo europeo, cabe preguntarse si en el contexto sudamericano corresponde hablar propiamente de detransicionadores, extrans u otra categoría. **Desde nuestra perspectiva, la detransición se configura como una etiqueta operacional y contingente que no remite a una identidad ni a un conjunto homogéneo de clase o sexo, así como tampoco debe someterse exclusivamente al vocabulario definido por el dispositivo clínico.**

En definitiva, entre las diversas acepciones posibles, proponemos un criterio de *detransición operacional*: en primer lugar, esta se entiende como el abandono *reflexivo* de la identidad trans, mediado por una distancia crítica respecto a la narrativa afirmativa dominante⁶. No constituye de modo alguno una impugnación a la existencia de quienes se identifican como trans, sino un cuestionamiento sustancial a los marcos teóricos que reducen la complejidad de la subjetividad humana a una categoría identitaria estática. En este plano, la capacidad reflexiva y testimonial infantojuvenil adquiere un valor analítico central. Si bien en la infancia y la adolescencia temprana la postura frente al modelo género-afirmativo no siempre se traduce en un discurso explícito, es en sus recorridos íntimos y en sus dinámicas familiares donde es posible observar con claridad las tensiones y presiones que dicho modelo ejerce sobre su devenir (véase la sección 3.2 para el relato de Juan y la sección 3.4 para el de Luisa).

En segundo lugar, la detransición se manifiesta como un proceso de distanciamiento o abandono progresivo de la filiación trans, entendida como el sentido de pertenencia colectiva en sus diversos niveles, desde la cotidianidad hasta la adhesión ideológica. **Si bien la readecuación de la presentación personal en concordancia con el sexo biológico suele constituir uno de sus vectores principales, este tránsito es profundamente subjetivo y no converge de forma obligada hacia esquemas tradicionales de masculinidad o feminidad.** Junto a esta dimensión

⁶ Estos dos aspectos en particular —el abandono reflexivo de la identidad trans y la distancia crítica respecto a la narrativa afirmativa dominante— se visibilizan con claridad en las trayectorias de detransicionadores internacionales como Keira Bell, Chloe Cole, Prisha Mosley y Abel García, cuyas voces públicas han contribuido de manera decisiva a impulsar revisiones profundas en las políticas de salud pública.

social, el proceso involucra reconfiguraciones emocionales complejas y, en no pocos casos, giros existenciales acompañados por la interrupción definitiva de las intervenciones médicas. Además, **la reconfiguración subjetiva y la reinterpretación de la masculinidad y la feminidad pueden desarrollarse en el contexto de actividades desafiantes e inspiradoras que trascienden las prescripciones habituales del modelo género-afirmativo en torno a la modificación corporal:** «[E]l deporte, las actividades al aire libre, la ciencia, cultura y talleres que desarrollan la creatividad, y el tiempo desconectado de redes sociales, han sido descritos por personas trans y detransicionadores como muy significativos para su bienestar personal, liberando de pensamientos obsesivos, aliviando el malestar emocional y la concentración en aspectos físicos. Las instancias de acompañamiento psicoterapéutico debiesen considerar estas actividades que exceden el espacio clínico e incluso el del soporte psicosocial» (Raveau, [2024](#)).

Para concluir, resulta crucial comprender que la discusión sobre la llamada «salud trans» involucra un denso cruce de tensiones históricas, médicas y políticas. Es necesario reforzar el diálogo entre la ciencia, la academia y las experiencias de detransición críticas al enfoque de afirmación de género. Desde Sudamérica es posible exportar recorridos capaces de enriquecer las soluciones de salud global, gracias a una nutrida experiencia sociocomunitaria que, hasta fecha muy reciente, caminó al margen de la alianza entre la lógica transgénero y la medicina formal.

3 Testimonios de detransición y abandono de la identidad trans en Chile

3.1 Introducción y marco testimonial

Los testimonios de conocimiento público sobre detransición y cese identitario trans-travesti en Chile son escasos. Este capítulo aborda los relatos inéditos de un padre y una madre de hijas adolescentes, así como nuevos antecedentes sobre quien se hacía llamar «Coral» en el ámbito de la prostitución travesti en la década de 1980, y la experiencia de una joven que se presenta bajo el seudónimo de *Mujer Lesbiana*. Sobre la base de este corpus testimonial, desarrollamos tres ejes analíticos que buscan aportar una mirada integradora y compleja sobre estos itinerarios, a partir de la literatura clínica internacional y de la experiencia política y comunitaria de primera mano en el contexto chileno.

Eje 1: Identificación trans temporal en la adolescencia (casos padre-hija y madre-hija).

En este primer eje se analiza el relato parental a la luz de factores críticos como el acceso temprano a la pornografía, el impacto del entorno digital en la configuración de la sexualidad,

el contagio entre pares (Littman, [2018](#)), la rigidización identitaria y la posterior resolución del malestar tras el distanciamiento de los entornos de validación cerrados. El análisis busca poner en valor los procesos reflexivos llevados a cabo por adolescentes y familias, señalando asimismo los abordajes de salud mental actualmente en curso y sus tensiones asociadas.

Eje 2: «Disforia de género» reexaminada. En este segundo eje se examina de qué modo, hacia 1990 y en el contexto de la marginalidad trans-travesti, el tránsito y el posterior cese identitario no respondían a la resolución de una «disforia anatómica» encuadrada por la psiquiatría o la psicología, sino a opciones de vida y estrategias complejas de supervivencia. Este hallazgo histórico establece un abierto contrapunto con la disforia de origen socio-digital característicamente contemporánea.

Eje 3: Desde la autoidentificación hasta la deserción (testimonio de joven chilena). En este tercer eje se abordan las distintas etapas del proceso de transición a partir del testimonio de una joven chilena: desde la temprana autoidentificación y la posterior desilusión ante la promesa de alivio médico, hasta el redescubrimiento reflexivo y la reconciliación con la corporalidad biológica.

3.2 Testimonio de Juan, padre de Andrea (Entrevista por N. Raveau, 2026)

El testimonio de Juan sobre la trayectoria de su hija Andrea (14 años) constituye un antecedente de alto valor analítico para comprender las dinámicas psicosociales que anteceden a la identificación trans en la adolescencia temprana. Mientras la esfera pública suele reducir el debate a marcos simplificados, este caso permite examinar el modo en que la exploración identitaria, la exposición temprana a la pornografía, el *grooming* en entornos virtuales y el repliegue en *alter egos* masculinos operan como mecanismos defensivos frente a la angustia sexual. Asimismo, el relato expone el rol de la institucionalidad escolar al activar protocolos de denuncia contra el núcleo familiar, y demuestra cómo la reconstrucción del vínculo de confianza y la reconfiguración del entorno doméstico resultaron determinantes en el proceso de desistencia de la adolescente.

Andrea empezó a entrar en el tema trans a los 11 o 12 años. Esto se da en el contexto de niñas a las que les gusta la cultura alternativa y los dibujos japoneses, y que se meten a blogs como Tumblr y Pinterest. Ahí se forman comunidades que dibujan, pero que además empiezan a construir relaciones imaginarias y se autorrepresentan a través de los personajes masculinos que les atraen; a partir de eso forman relaciones homosexuales virtuales. Puede sonar muy extravagante, pero es así. A Andrea le gustaba el grupo Korn. Estaba muy obsesionada con el

vocalista, Jonathan Davis; ella se ponía de apodo «Jonathan Davis» y las amigas le decían «Johnny» virtualmente.

Conoció a una joven de España que primero se hacía pasar por hombre; imagínate, mi hija chica con 11 años y la otra de 14. Ella me hablaba de Julián: «Papá, conocí un amigo de España que se llama Julián y es tan simpático, le gusta Korn y le gusta dibujar, mira el dibujo que me mandó, yo le mandé este otro...». Las dos comenzaron a construir una relación en donde Andrea era Jonathan Davis y la otra joven era el baterista de la banda. Andrea después terminó diciéndole que era mujer. A continuación, esta joven empezó a decirle a Andrea que le gustaba y que si quería ser su pareja, pero que tenía que confesarle que ella tampoco era hombre, sino mujer. Lo que vino después es que esta joven comenzó a groomear sexualmente a mi hija: le mandaba dibujos pornográficos, la manipulaba, y ahí Andrea comenzó con la confusión de si era o no trans, sumado a pensamientos suicidas. A esto se agregó que el abuelo veía pornografía muy fuerte y le prestaba el computador sin borrar el historial. Todo eso junto en la juguera... Mi hija me explicaba este patrón, que en realidad ahora es tan común, donde empezó a generar aversión a ser sujeto femenino en la sexualidad y a refugiarse en la homosexualidad virtual para sentirse protegida.

El año pasado nuestra relación fue un infierno. Andrea estaba agresiva, desafiante; ahora que está más tranquila me ha ido contando. El año antepasado declaró en el colegio que era trans, que tenía ideación suicida, que ni yo ni su mamá la apoyábamos. A su mamá (estamos separados) le activaron un protocolo de denuncia por vulneración de derechos; su mamá estaba desesperada. Le recomendé una psicóloga para que hablara con ellas y le dije a mi hija: «Hija, yo te amo tanto, pero en esto no te voy a apoyar y tu mamá tampoco». Le expliqué el proceso en tribunales: «A ti lo más seguro es que te van a mandar a vivir con alguien de la familia, te enviarán al psicólogo todas las semanas y te van a dar hormonas, y cuando te tengan bien convencida te van a operar». Y le mostré fotos de las intervenciones quirúrgicas y cómo quedaban los antebrazos para hacerse la faloplastia.

¿Qué reflexión habrá tenido Andrea para darse cuenta de que la transición no era el camino?

Lo primero fue que Andrea y su mamá salieron de la casa de los abuelos este año y se fueron a vivir juntas a un departamento, solas. Andrea ahora me dice que siente que en la casa de los abuelos no tenía un espacio propio —no tenía privacidad ni una pieza formal—, a pesar de que había recursos. Lo segundo fue enfrentarse a la soledad. Mi hija es rebelde, pero vive en un pueblo chico y pasa encerrada en la casa. Además, estaba muy manipulada por esta supuesta amiga que

le decía que la necesitaba y que la amaba. Ella me dice: «Papá, ahora que pienso estas cosas me da asco, me da rabia».

Andrea no tenía la confianza ni las palabras para explicármelo cuando todo esto partió. Viven en un mundo aparte y forman una segunda personalidad que, eventualmente, por toda esta discursividad transactivista, los termina convenciendo de que hay que hacer el cambio, como el famoso tema de la «carta» que tantos papás reciben de repente. Ella me dice que ahora que es capaz de mirar hacia atrás y está más tranquila, se da cuenta de que nunca tendría que haber dejado de confiar en mí ni de contarme las cosas. Eso creo que es muy importante: nosotros teníamos una relación muy cercana que estuvo interrumpida por el contacto con este tercero que arrastra al niño y se transforma en una figura de apego y de construcción de la identidad. Es una etapa súper intensa; los niños entran en la adolescencia y se rebelan contra las convenciones y la familia, lo cual es natural. Pero en el fondo, nuestra cultura ha permitido que se establezcan estos modelos de comportamiento transidentitarios que provocan estas destrucciones familiares. No es que fuiste un día a una tocata siendo cabro, te volaste y te curaste, ni que de un día para otro te hiciste un mohicano... La rebeldía natural del adolescente, puesta en este contexto de manipulación, les dice: «Tu familia nunca entendió que eras hombre, tú siempre fuiste un hombre y a lo mejor no te diste cuenta». Y esto sucede a los 11 años de edad, cuando recién se están armando las herramientas reflexivas complejas.

3.3 Análisis de caso

Hipótesis comprensiva: huida de la sexualidad femenina frente a la erotización temprana.

El caso de Andrea permite plantear cómo la convergencia entre la pornografía explícita y el *grooming* en la pubertad podría operar como un trauma de sobreerotización precoz. Ante una sexualidad biológica femenina percibida como vulnerable, amenazada y expuesta a la depredación, la adopción de una identidad trans respondería a un mecanismo de defensa psíquica. En ese escenario conjetural, el refugio en la homosexualidad virtual masculina —característico de las subculturas de *fanfiction*, *yaoi* y comunidades de animé— ofrece una fantasía desmaterializada y neutra. Al encarnar a un varón dentro de una ficción controlada, Andrea desarticula el riesgo de una forma de heterosexualidad modelada pornográficamente y huye de la condición de objeto femenino, sustituyendo el cuerpo biológico por un avatar protegido. La identificación trans emergería, así, como un intento de dessexualización o de autoaseguramiento frente a un entorno invasivo.

Hipótesis comprensiva: coacción institucional y judicialización del conflicto familiar.

El caso ilustra la acelerada injerencia estatal y escolar en el ámbito privado cuando se aplica acríticamente el enfoque género-afirmativo. La declaración de la menor en el establecimiento educativo activó de forma inmediata los protocolos de denuncia por «vulneración de derechos», medida que instrumentaliza el aparato judicial contra la familia por el solo hecho de no validar la transición social. Este dispositivo institucional produce una ruptura en la autoridad parental: la escuela y el Estado asumen una postura tutelar que patologiza las dudas legítimas de los padres, aislándolos y rotulándolos como hostiles o «resistentes». El sistema convierte así un malestar psicosocial complejo y en desarrollo en un conflicto de derechos identitarios, tensionando la potestad de los progenitores y empujando a la familia hacia la amenaza procesal bajo la posibilidad de perder la custodia de la menor.

Hipótesis comprensiva: valor del límite explícito y desmitificación de la transición.

Frente a la inercia afirmativa de las redes digitales y las instituciones escolares, la postura de Juan actuó como un principio de realidad decisivo. La negativa explícita a convalidar la narrativa trans, acompañada de la desmitificación técnica y concreta de los procedimientos médicos —como la exhibición de las secuelas irreversibles de las intervenciones quirúrgicas y la faloplastia—, interrumpió la fantasía idealizada de la modificación corporal. Este límite firme, lejos de distanciar definitivamente a la adolescente, desarticuló el discurso romántico provisto por el entorno virtual. Al sostener el vínculo afectivo sin ceder a la afirmación ideológica, el padre proporcionó el marco de contención necesario para que Andrea pudiera procesar la manipulación sufrida, desescalar el malestar e iniciar un trayecto de desistencia y reconfiguración subjetiva.

3.4 Testimonio de Luisa, madre de Clara (Entrevista por N. Raveau, 2026)

El testimonio de Luisa sobre la trayectoria de su hija Clara (16 años) expone la encrucijada a la que se enfrentan las familias cuando la identificación trans emerge en la adolescencia no como un fenómeno aislado, sino como la superficie de un malestar psíquico multidimensional. Su relato permite examinar la fragilidad del abordaje clínico frente a casos con antecedentes de trauma temprano por violencia intrafamiliar y comorbilidades complejas, como el trastorno límite de la personalidad o los trastornos del ánimo. Asimismo, la experiencia de Luisa ilustra el impacto del contagio social entre pares, la exposición precoz a la sexualización en entornos virtuales y la firmeza de una postura materna que, al negarse a la medicalización apresurada y adoptar una estrategia de espera atenta (*watchful waiting*), permitió que la adolescente desistiera de la identificación trans para dar paso al abordaje de sus verdaderos diagnósticos de fondo.

Mi hija desapareció de la casa durante cinco días. En ese momento me dije: ¿cómo puede pasar algo así sin que exista una red de soporte real? Clara, a sus 16 años, ya conocía todas las clínicas y acumulaba varias hospitalizaciones. A mí, siendo la madre de una menor de edad en un estado de salud mental crítico, solo me hacían un par de preguntas de rutina y nada más. Una como madre no sabe qué está pasando, qué medicamentos le administran, cuáles le quitan o cuáles le agregan; no tienes idea, porque la estructura de la estadia corta en psiquiatría se reduce a estabilizar y enviar para afuera.

Incluso me ofrecí para asumir la «clínica de día» en mi casa —esa instancia posterior a la hospitalización cerrada donde los adolescentes asisten a talleres con terapeuta ocupacional, psicólogo y psiquiatra en una dinámica similar a la jornada escolar—. En ese espacio me llamaba profundamente la atención que, de diez adolescentes, ocho se identificaban como trans, a pesar de no ser una clínica especializada en temas de género. Hablamos de jóvenes con todo tipo de diagnósticos de salud mental. Le preguntaba a la psiquiatra si no le daba curiosidad investigar más o mostrar mayor inquietud ante ese fenómeno, pero la respuesta era la nada misma. ¡Y estamos hablando de prestaciones GES en la salud pública!

Clara había ingresado en ese momento por una depresión severa. Allí se hizo muy amiga de un chico trans, muy mina en su forma pero muy trans en la parada, que comenzó a presionarla para que usara binder y tomara hormonas. Cuando Clara empezó a manifestar esto en las sesiones, la psiquiatra me interpelló. Le respondí de inmediato: «Sobre mi cadáver». Mi hija lo sabe muy bien: no habrá intervenciones profundas, ni hormonas, ni cirugías hasta que cumpla los 23 años, cuando su lóbulo frontal haya madurado completamente y sea ella quien decida. Mientras tanto, puede expresarse visualmente como desee, pero no habrá ninguna intervención médica irreversible ni cambios en el Registro Civil.

¿Por qué no habrá una búsqueda más profunda y articulada por parte de la clínica para entender lo que sucede con los adolescentes?

No hay búsqueda de nada. Tampoco existe un acompañamiento en el tiempo; te entregan la epicrisis, recomiendan la clínica de día y para afuera. Por mi cuenta, continué con atenciones privadas en psiquiatría y psicología. Al haber estado mi hija envuelta en la narrativa trans, busqué profesionales con un enfoque de espera atenta (watchful waiting), que no se sentaran a hablar de la transexualidad como el tema primordial. Eso era solo la punta del iceberg; hacia abajo había una historia compleja que fuimos descubriendo con el tiempo.

Tuve varios encontrones con una psicóloga que me cuestionaba por no aceptar que mi hija fuera trans y por mostrarme «cerrada» ante el proceso. Sin embargo, apenas una semana después de ese cuestionamiento, mi hija se sentó en mi cama y me dijo: «Mamá, estoy confundida. Yo no soy trans».

¿Cómo comenzó Clara a identificarse trans?

Clara comenzó a identificarse trans a los 13 años y el proceso se alargó dos años. En su entorno había amigas y amigos en la misma situación. Ella siempre tuvo una necesidad urgente de ser integrada, de pertenecer... De alguna manera, sigue buscando su identidad. Conoció a un chico trans del colegio que le dijo directamente: «Tú eres trans». Cuando me lo contó, lo hizo con un discurso aprendido: que había nacido en el cuerpo equivocado y que en realidad siempre se había sentido hombre. Sonaba totalmente impostado. No me parecía natural, sobre todo porque nosotras ya veníamos en terapia debido a la violencia intrafamiliar ejercida por el padre, un maltrato muy duro hacia ella y hacia mí. Me separé cuando ella era muy pequeña, y a los ocho años Clara comenzó a somatizar ese trauma; no resistía la jornada escolar y tuvimos que iniciar atención psicológica. Nuestra terapia consistía en acompañar ese dolor que la deshizo.

Por eso, cuando apareció la idea de la transición, le dije: «Está bien, tómatelo con calma, explora y exprésate como quieras». Las conversaciones se dieron en un marco de tranquilidad. Se cortó el pelo y la acompañé. No me pareció grave que me pidiera ropa interior masculina; entendía que le resultara más cómoda. Adopté un trato más neutral con su nombre, aunque no había problema si me equivocaba. Cuando le llegó la menstruación, tampoco representó un conflicto para ella.

¿Qué actividades le interesan a Clara?

La música y el arte, pero siempre desde un repliegue muy solitario y con grandes dificultades para relacionarse. Tenía un grupo pequeño de amistades, pero el vínculo era muy frágil. Cuando ese grupo organizaba actividades, no la incluían demasiado. Empecé a notar el enorme esfuerzo que hacía por encajar: se movía de manera errática, con mucha intensidad, e inventaba historias que no podía sostener en el tiempo para hacerse notar, lo que terminaba alejando a sus pares.

¿Cómo fue la conversación en la que Clara decidió abandonar la identificación trans?

Fue un proceso abrupto. Mientras se identificaba como trans, Clara mantuvo relaciones afectivas, pololeaba, le gustaban los chicos y le interesaba arreglarse: usaba mi maquillaje y mis aros. Todo bien difuso. Un día, de la noche a la mañana, se sentó en mi cama y me dijo: «Estoy confundida, creo que no soy trans». Le di la misma respuesta que cuando me lo planteó por primera vez: que se

lo tomara con calma. Lo conversó con su curso y no hubo mayores complicaciones. Aunque había otros estudiantes trans, el chico con el que tuvo el primer vínculo se había ido del colegio y, a los pocos meses, también desistió de la transición y volvió a su rol femenino.

¿Qué sucedió con Clara tras abandonar la identificación trans?

La depresión y los problemas de salud mental persistieron. Obviamente, el origen era otro: Clara presenta un trastorno del ánimo severo, una bipolaridad importante que hoy está en tratamiento y un trastorno límite de la personalidad (TLP). Son dos diagnósticos muy desafiantes, sobre todo el TLP articulado sobre un trauma infantil derivado del maltrato paterno. Les planteaba a los especialistas que mi prioridad no era que discutieran con ella si era trans o no, sino trabajar el trauma, desarrollar habilidades interpersonales, enseñarle a relacionarse, a cuidarse y a construir un proyecto de vida. Se trataba de rearmar a una persona que venía profundamente fragmentada desde su infancia. Costó muchísimo encontrar profesionales dispuestos a trabajar bajo ese esquema. Percibo una falencia severa en la formación de profesores y psicólogos; si no están preparados, pueden causar un daño enorme.

¿Cómo se manifiesta la sexualidad dentro de esta búsqueda?

Las veces que mi hija se ha autolesionado o cortado han estado asociadas al término de una relación afectiva, no a la imposibilidad de acceder a un tratamiento hormonal. Hay casos de adolescentes que reaccionan con extrema gravedad si no se les permite hormonarse, pero no es el caso de Clara. Ella ha experimentado una sexualidad compleja, caracterizada por la hipersexualización y la necesidad constante de exponer su cuerpo. De pronto la encontraba con ropa interior mía en su habitación a raíz de juegos virtuales que entablaba con chicos en internet. Hablé de esto con ella de forma muy abierta. Pensé que abordar la sexualidad sería más difícil, pero, habiendo criado a dos hijos varones adultos con quienes me costó más hablar de estos temas, con mi hija abrí el diálogo inmediatamente. Nos enfrentamos a un contexto distinto, marcado por el uso indiscriminado del teléfono y el computador desde la pandemia. Incluso la pornografía a la que acceden hoy los jóvenes es infinitamente más explícita y bizarra que la de años atrás.

3.5 Análisis de caso

El trayecto de Clara y la mediación crítica de su madre permiten extraer tres criterios analíticos fundamentales para la comprensión de las detransiciones y desistencias en el contexto contemporáneo:

Hipótesis comprensiva: identificación trans como síntoma superficial y prevalencia del trauma.

En el caso de Clara, la adopción de la identidad masculina a los 13 años no emergió en un vacío, sino sobre un terreno profundamente erosionado por el trauma infantil derivado de la violencia intrafamiliar ejercida por el padre, manifiesto tempranamente en somatizaciones a los 8 años. Posteriormente, el diagnóstico formal de trastorno límite de la personalidad (TLP) y trastorno del ánimo bipolar revela cómo el malestar identitario habría operado como una tentativa de reorganización psíquica frente al dolor. La adopción de la narrativa trans («nacida en el cuerpo equivocado») podría ofrecer una explicación lineal y prefabricada para un sufrimiento difuso y complejo. Como constató la madre tras la desistencia de su hija, el abandono de la identificación trans no resolvió el malestar psíquico estructural, confirmando que la disforia era un síntoma secundario y no la causa primaria de su sufrimiento.

Hipótesis comprensiva: contagio social, sociabilidad errática y narrativas aprendidas.

El relato documenta con precisión la dinámica de transmisión entre pares dentro de la subcultura adolescente (Littman, [2018](#)). La vinculación con un compañero trans del colegio que interpeló directamente a Clara («tú eres trans») y la posterior influencia de un par en la clínica psiquiátrica que la instó a usar *binder* e iniciar hormonoterapia muestran el rol del contagio social en jóvenes con graves dificultades de integración interpersonal.

Luisa identifica con claridad la vulnerabilidad social de su hija: una conducta errática e intensa, mentiras recurrentes para llamar la atención y un aislamiento que la llevaba a adoptar discursos prefabricados (*speeches* aprendidos) para garantizar el sentido de pertenencia a un grupo. Resulta revelador que la desistencia de Clara haya coincidido temporalmente con el alejamiento escolar de aquel primer nexo y con la posterior desistencia de este mismo compañero, quien también retornó a su rol femenino.

Hipótesis comprensiva: ceguera institucional, saturación del sistema público y resistencia parental.

El testimonio constituye una severa denuncia a la falta de investigación y prudencia en la red de salud pública. La observación de Luisa sobre las unidades de corta estadía —donde 8 de cada 10 adolescentes se identificaban como trans, pese a que el recinto no era un centro especializado— da cuenta de una proliferación del diagnóstico que el personal clínico tendía a validar o ignorar de forma pasiva, limitándose a la «estabilización y despacho».

Frente a la presión de los profesionales de la salud que cuestionaban a la madre por no «afirmar» de inmediato la identificación trans de su hija, la firmeza de Luisa representó el principal factor protector. Al establecer una moratoria estricta (no realizar intervenciones médicas ni cambios registrales definitivos antes de la maduración neurológica del lóbulo frontal) y autorizar únicamente la exploración en la expresión personal (corte de pelo, vestimenta), la madre implementó *de facto* un protocolo de espera vigilante (*watchful waiting*). Esta postura previno la irreversibilidad médica y abrió espacio a que, al cabo de dos años, la adolescente concluyera de manera espontánea que no era trans.

3.6 Testimonio de *Mujer Lesbiana*

La conversación sostenida el 12 de octubre de 2021 entre una joven bajo el seudónimo de Mujer Lesbiana y la activista Macarena Vallejos (Feminista Abolicionista, [2021](#)) es uno de los primeros antecedentes en visibilizar la realidad de la detransición a nivel local. Mujer Lesbiana dejó de identificarse como trans tras un proceso de reflexión identitaria y luego de haberse sometido a tratamientos médicos que dejaron secuelas permanentes. Se trata de un testimonio denso y con múltiples aristas, del cual abordamos algunos aspectos con el propósito de componer un panorama integrado junto a las experiencias de «Coral», Juan y Luisa.

Mujer Lesbiana inició su identificación trans a los 21 años, en un marco de fragilidad psíquica caracterizado por una depresión grave y el consumo de altas dosis de psicofármacos; al respecto, relata: *«Fue en ese contexto insano, perturbado, que yo me entendí trans»*. Buscaba encajar y, debido a su expresión andrógina, asumió que era un hombre heterosexual atrapado en un cuerpo de mujer. El primer psicoterapeuta al que acudió aplicó una indagación marcadamente reduccionista, basada en *«un checklist sexista sacado de los años 50: qué colores prefería, qué juguetes usaba cuando niña, si me gustaba jugar a la lucha, etc.»*. De allí fue derivada a la consulta de un psiquiatra presentado como especialista en transexualidad, quien desde la primera sesión sentenció de manera categórica: *«Claramente eres un hombre, no una lesbiana»*. Los profesionales a los que consultó repetían mecánicamente «sí, te entendemos», omitiendo una evaluación clínica en profundidad o el análisis de sus antecedentes de salud mental.

A continuación, inició la administración de testosterona inyectable cada 14 días. Aunque le mencionaron algunos efectos secundarios, omitieron información crítica sobre los riesgos a largo plazo. Consumió hormonas durante siete años, sufriendo secuelas físicas persistentes: aparición de vello facial y corporal, acné, dermatitis, sequedad ocular severa, modificaciones genitales irreversibles y alteraciones permanentes en el tono de voz.

A raíz de esta experiencia, Mujer Lesbiana califica la transexualidad como una amalgama de «*sexismo, estereotipos de género, homofobia y problemas de identidad*», señalando que la propaganda *queer* incita a los jóvenes a someterse a modificaciones corporales que aumentan el malestar en lugar de aliviarlo. Frente al incremento de transiciones en mujeres jóvenes, apunta hacia la misoginia estructural como factor clave: «*toda la misoginia que nos inculcan*». Asimismo, denuncia el sesgo de confirmación en el que incurren los equipos médicos debido al clima de amedrentamiento: «*Nadie quiere ser funado como transfóbico actualmente, y no se pueden desenvolver bien para decirte las cosas científicamente*».

3.7 Análisis de caso

El relato de Mujer Lesbiana, articulado con las estadísticas del Proyecto T y el reciente programa del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (ver 1.1), expone la fragilidad metodológica y la coacción ideológica del modelo afirmativo en la educación superior y la red sanitaria. Este cruce de fuentes devela las siguientes dimensiones críticas:

Hipótesis comprensiva: «*checklist sexista*» y patologización del no conformismo de género.

La experiencia de Mujer Lesbiana evidencia cómo el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* —al recurrir a estereotipos marcadamente regresivos (preferencia por ciertos juguetes, tipo de vestimenta, conducta de juego u orientaciones de rol) para consultar acerca de la niñez de la joven— patologiza el no conformismo mediante la categoría de «disforia de género» (DSM-5, [2013](#); DSM-5-TR, 2022). Esta clasificación es heredera de los criterios conductuales del antiguo «trastorno de identidad de género» de versiones anteriores del manual. Al evaluar a una joven andrógina o lesbiana bajo esta pauta, el dispositivo clínico interpreta la atipicidad de género y el rechazo al rol heterosexual impuesto como una incongruencia identitaria inherente, en lugar de leerlo como una expresión legítima de la personalidad o una respuesta al malestar provocado por los prejuicios sociales hacia las mujeres. La disforia se diagnostica así mediante un filtro binario que empuja a la persona hacia la masculinización farmacológica en lugar de acompañar la aceptación de la propia corporalidad. El manual carece de indicadores actualizados respecto a las problemáticas contemporáneas de los jóvenes, y la reducción al diagnóstico de disforia para toda identificación trans tampoco es representativa de dicha población (véase en la sección 3.9 el apartado «La “salud trans de la calle” frente a la disforia de manual»).

El caso expone el núcleo psicosocial del malestar en mujeres jóvenes que transicionan. En una cultura que hipersexualiza y cosifica el cuerpo femenino, la transición médica se presenta erróneamente como un mecanismo de evasión y protección. La adopción de una identidad

masculina o no binaria funciona, en un primer momento, como un refugio psíquico ante la incomodidad de habitar un cuerpo expuesto al escrutinio y al acoso. Sin embargo, al no intervenir sobre las causas estructurales del malestar —el trauma, la homofobia internalizada, el rechazo a la propia orientación sexual o la violencia de los estereotipos de género—, la transición médica no libera el cuerpo, sino que lo somete a un proceso de intervención farmacológica y quirúrgica permanente.

Hipótesis comprensiva: sesgo epidemiológico hacia el sexo femenino (datos del Proyecto T-UDP).

El testimonio de Mujer Lesbiana coincide con la prevalencia epidemiológica observada en los principales enclaves de atención afirmativa en Chile. El Proyecto T de la Universidad Diego Portales —uno de los mayores referentes privados de la psicoterapia género-afirmativa en el país— registra una edad promedio de 23,9 años (rango de 11 a 57 años) en sus consultantes y confirma la abrumadora mayoría de jóvenes nacidas de sexo femenino que solicitan un proceso de transición. Según sus propios registros (*Niñeces Trans*, [2024](#)), el 40,9 % de los usuarios se autoidentifica como «transmasculino» (sexo biológico femenino) y un 28,9 % como «no binario» (con una marcada sobrerrepresentación femenina), frente a solo un 18,1 % de personas «transfemeninas» (sexo biológico masculino)⁷. A pesar de que el propio dispositivo constata que la gran mayoría de quienes consultan son mujeres jóvenes y adolescentes, el modelo de afirmatividad de género elude desarrollar un análisis crítico sobre las causas estructurales y socioculturales de este marcado sesgo demográfico.

Hipótesis comprensiva: vulnerabilidades de la cohorte joven-adulta y contagio entre pares.

La cohorte de adultos jóvenes (18 a 25 años) que busca transicionar comparte con la adolescencia tardía importantes vulnerabilidades neurobiológicas y psicosociales, tales como la maduración incompleta de la corteza prefrontal, la susceptibilidad al contagio social entre pares, la exposición intensiva a plataformas digitales y el consumo problemático de pornografía en entornos virtuales y activistas (Raveau, [2026](#)), factores que moldean de manera distorsionada la percepción del cuerpo y la vivencia del sufrimiento psíquico. Estas dinámicas convergen con elevadas tasas de comorbilidad que no son atendidas de forma primaria por los actuales dispositivos clínicos género-afirmativos infantojuveniles, entre las que destacan la depresión, el trastorno de ansiedad, el

⁷ Las cifras entregadas por el Proyecto T no suman 100 %, sin que la fuente especifique el motivo del margen ausente.

comportamiento suicida y las autolesiones —donde más del 50% de los consultantes presentaban una o más de estas psicopatologías (Kaltiala et al., [2015](#))—, el autismo (Tollit et al., [2024](#)) y los trastornos de la conducta alimentaria (Chaphekar et al., [2022](#)). El modelo género-afirmativo interpreta erróneamente esta compleja amalgama de malestares como una prueba inequívoca de una «identidad trans» reprimida, precipitando intervenciones médicas irreversibles durante una etapa vital que desde la psicología evolutiva clásica se comprende bajo las nociones de exploración y búsqueda de sentido (Erikson, [1968](#); Marcia, [1966](#)).

Hipótesis comprensiva: neutralización de la cautela médica por temor a la sanción y urgencia de acompañamiento.

La advertencia de Mujer Lesbiana sobre la parálisis del personal de salud (*«nadie quiere ser funado como transfóbico... no se pueden desenvolver bien para decirte las cosas científicamente»*) encuentra un reflejo directo en la institucionalidad sanitaria actual. El temor a represalias públicas, acusaciones administrativas o «funas» digitales ha inhibido el juicio clínico independiente, promoviendo una práctica defensiva en la que el profesional se limita a validar de forma pasiva la solicitud del paciente y derivar apresuradamente a tratamiento hormonal. Esta dinámica vulnera el principio de prudencia médica e impide la entrega de un consentimiento verdaderamente informado.

Por todo ello, resulta urgente estructurar protocolos de acompañamiento médico y psicológico especializados, tanto para quienes revierten su proceso como para aquellas personas que, **habiendo o no cesado su identificación trans**, dependen irreversiblemente de reemplazos hormonales de por vida a causa de intervenciones quirúrgicas como la histerectomía o la orquiectomía. La salud pública no puede desentenderse de las secuelas somáticas y psíquicas derivadas de protocolos afirmativos aplicados de manera irresponsable.

3.8 Testimonio sobre «Coral» (1990)

El icónico libro de fotografía y crónica *La Manzana de Adán* ([1990](#)), de la fotógrafa Paz Errázuriz con textos de Claudia Donoso, documenta la vida cotidiana y familiar de un grupo de travestis chilenos en la década de 1980. La obra concluye con la narración de Pilar-Keko, integrante del mismo entorno prostibular, sobre el abandono repentino del travestismo y de la prostitución por parte de quien había sido la líder del grupo, conocida como «Coral». Este relato ha sido sistemáticamente omitido por la historiografía y por el activismo hegemónico:

No sé qué onda le bajaría a la Coral. Se sacó la pintura y voló a la calle como a las cuatro de la mañana. Al otro día llegó a las diez en la onda del arrepentimiento, que le había bajado toda la

moral. Que se había cortado el pelo y se lo había ido a dejar a su madre para que se diera cuenta de que se había retirado del ambiente. De ahí llamó a las colas [modismo en referencia a otros travestis] y les regaló todas sus cosas. Dijo que el Papa la había dejado así [en 1987 el Papa Juan Pablo II visitó Chile]. Que de tanto escuchar al Papa se había puesto a pensar y que se había dado cuenta de que estaba en una vida equivocada. Una locura nomás, porque la Coral no se comía un huevo para no botar la cáscara. Cagá [tacaña] como ella sola, la Coralito. Tú le pedías un cigarro: No pus niña, te lo vendo porque a mí me cuesta. Así de cagá era. Ni la cola del cigarro te daba. Y que de repente le haya dado la locura de regalar todas sus cosas. ¡Haberse explotado durante cinco años para comprar todo lo que tenía! Regaló el ropero, la marquesa con respaldo tallado, la cómoda, la radio, todo. Se fue a La Piojera [popular restorán] a vender sánwiches de potito.

3.9 Análisis de caso

El relato sobre «Coral» constituiría el antecedente histórico más temprano documentado en Chile acerca del cese y abandono de la identidad trans-travesti. Analizado a la luz de los testimonios de Juan, Luisa y Mujer Lesbiana, permite articular una crítica decisiva a la burocratización clínica del malestar y ofrecer una lectura integral sobre las posibilidades de reconfiguración existencial. A partir de este cruce analítico, es posible identificar las siguientes dimensiones comprensivas:

Hipótesis comprensiva: del travestismo marginal y el academicismo «trans» hacia la pubertad.

Las categorías del activismo género-afirmativo contemporáneo no surgieron en un aislamiento conceptual; reciclaron y burocratizaron los recursos de la subcultura *transvestite* y la prostitución de calle para transformarlos en un modelo clínico e institucional de alcance global. Resulta imprescindible distinguir entre el travestismo periférico sudamericano y la noción anglosajona de *transvestite* desarrollada en los manuales psiquiátricos (DSM y CIE). Mientras en el mundo anglosajón el fenómeno se vinculó inicialmente a expresiones domésticas de clases medias y altas —cuyo acceso a la academia estuvo marcado por las relaciones de Charles «Virginia» Prince con docentes y sexólogos en la Universidad de California durante la década de los sesenta (Gluck, [2023](#))—, en la periferia de Santiago, Buenos Aires y Río de Janeiro el término «travesti» nombró históricamente una estrategia de supervivencia en los márgenes sociales. Hoy, ciertos sectores del transactivismo reinterpretan ese pasado de exclusión para fundamentar y legitimar la medicalización masiva de jóvenes. Como evidenció Mujer Lesbiana al criticar el *checklist* sexista del DSM, el dispositivo clínico contemporáneo ha sustituido la marginación callejera por una

burocracia institucional que continúa instrumentalizando la corporalidad, una dimensión frente a la cual la institución psicoterapéutica mantiene una deuda analítica (véanse las secciones 3.6 y 3.7).

En Chile, la literatura reciente documenta vínculos entre el modelo género-afirmativo de salud pública, enclaves académicos y redes de activismo corporativo que introducen contenidos de alta connotación sexual o pornográfica en entornos vinculados a la niñez (Raveau, [2026](#); Coronado y Raveau, [2026](#)). Un caso ilustrativo involucra a un alto funcionario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que ejerce censura institucional hacia los clínicos críticos del Programa de Acompañamiento a la Identidad de Género (PAIG), mientras en paralelo preside una fundación privada que financia y distribuye material pornográfico con imágenes de mutilación corporal y sadomasoquismo. En una línea similar, agrupaciones históricas como el MOVILH despliegan campañas de amedrentamiento hacia los detractores del PAIG, al tiempo que han validado como referente social a una persona con antecedentes penales por delito sexual contra un menor de edad (Gluck, [2025](#)). Esta persona ejecuta talleres de sexualidad en liceos (Olea, [2025](#); Raveau, [2026](#)) e interactúa con una dupla psicosocial que atiende a niños y adolescentes en un programa municipal trans. Estas dinámicas exigen un pronunciamiento urgente por parte de las instituciones. La exposición precoz al abuso y las nuevas modalidades de consumo de pornografía virtual afectan profundamente el desarrollo infantojuvenil (Ballester y Orte, [2019](#)); una problemática cultural que excede al activismo pero que, como se evidenció en el caso de Andrea (véase 3.2), opera como un catalizador crítico del malestar identitario durante la pubertad.

Hipótesis comprensiva: la «salud trans de la calle» frente a la disforia de manual.

En abierto contraste con las escalas clínicas anglo europeas, los hallazgos de nuestra investigación *La salud trans de la calle* (Raveau, [2021-2023](#)) —fruto de cinco años de trabajo de campo con población trans y travesti en situación de calle en Chile, algunos de cuyos integrantes cuentan con décadas de transición y diversos grados de modificación corporal— demuestran que, en la marginalidad real, la «disforia de género» normada por los manuales psiquiátricos como el DSM pasa a un plano completamente secundario o irrelevante. En la calle, el pronombre, los gestos, la vestimenta, la hormonación y las modificaciones quirúrgicas no responden a una búsqueda esencialista de «congruencia de género», sino a la búsqueda del placer, el ascenso de estatus dentro del «ambiente» y un pragmatismo material directo: escalar dentro de la cadena de consumo para satisfacer la necesidad de compañía masculina, dinero o drogas.

Como observó la antropología respecto a los entornos travestis brasileños de décadas pasadas, el uso de pronombres y la percepción de la realidad biológica del sexo se asumían con un

pragmatismo lúdico que conserva el sentido de realidad; el pronombre femenino nunca se vivía como una imposición dogmática ni como un mandato identitario obligatorio, sino como un recurso flexible y teatral de supervivencia, sin perder jamás la lucidez sobre el sustrato anatómico de base (Kulick, [1998](#)). Este escenario contrasta abiertamente con las imposiciones legales del pronombre y la ideología no binaria importada que hoy se pretende aplicar a adolescentes en contextos urbanos.

Hipótesis comprensiva: desconexión, cambio de entorno y dimensión espiritual.

El abandono del travestismo por parte de «Coral» —al deshacerse de sus bienes, regalar su vestuario y cortar drásticamente con el «ambiente» prostibular para dedicarse a otra labor— anticipa una verdad que la psicoterapia exploratoria y los testimonios de Luisa, Juan y Mujer Lesbiana confirman: es posible cambiar de rumbo, buscar otras respuestas y sanar fuera del encuadre médico-afirmativo. El distanciamiento de los entornos digitales, la reconexión con la cotidianidad, el trabajo manual, el deporte y la reconstitución del vínculo filial (como el gesto de «Coral» de entregarle su cabello cortado a su madre) constituyen factores de bienestar altamente eficaces.

Finalmente, el relato de Pilar-Keko interpreta la resolución de «Coral» como una «locura» provocada por la visita del Papa Juan Pablo II en 1987. Sin embargo, para quien estaba atrapado en la servidumbre de la prostitución, esa ruptura no representó un brote irracional, sino un giro producto de una reflexión profunda en torno a valores trascendentales. Como se observa en la experiencia de personas detransicionadas a nivel internacional (como Chloe Cole o Daisy Strongin), la dimensión espiritual y la búsqueda de sentido operan como un poderoso principio de realidad. Frente a la reducción del ser humano a un simple catálogo de identidades y diagnósticos, el trayecto de «Coral» demuestra que la aceptación del propio sexo biológico y la apertura a una vida orientada por el trabajo digno y la fe constituyen vías plenamente vigentes para recuperar la integridad. Se trata de aspectos clave al momento de abordar la articulación entre clínica y cultura: la persona trans, como el ser humano en general, busca trascender y dar un sentido auténtico a su existencia (Frankl, [1946](#)).

4 Conclusiones

Los recorridos trazados en este estudio demuestran que la detransición, la desistencia y el abandono de la identidad trans no representan eventos colaterales ni «fallas diagnósticas» aisladas dentro de un sistema en perfeccionamiento. Constituyen, por el contrario, una impugnación a la falta de

evaluación psicológica rigurosa provocada por la adopción acrítica del modelo género-afirmativo en Chile. A través de la función parental encarnada por Juan y Luisa, del testimonio clínico de Mujer Lesbiana y del antecedente histórico de «Coral», se evidencia que el tránsito por la identificación trans opera frecuentemente como una estación temporal dentro de una trayectoria vital y no como un destino identitario inmutable.

La detransición y el abandono de la identidad trans, comprendidos como un distanciamiento reflexivo, abren una vía hacia la recuperación del sentido de realidad. Esta perspectiva exige que la salud pública y la sociedad en su conjunto asuman con responsabilidad ético-médica las secuelas derivadas del modelo género-afirmativo, **garantizando una red de soporte y acompañamiento para quienes han decidido detener o revertir su proceso.**

Nicolás Raveau es profesor, investigador y curador chileno. Lideró proyectos de apoyo a familias de niños y jóvenes en proceso de transición (Fundación Transitar, 2015-2018) y a población trans-travesti en situación de calle (Acción Travesti en Calle, 2017-2021). En 2023 abandonó definitivamente la identificación trans. Actualmente dirige la plataforma de investigación Detrans Chile y su trabajo se centra en el estudio crítico del modelo género-afirmativo y las trayectorias de detransición. Su investigación ha sido citada en el Informe C57 de la Cámara de Diputados de Chile, y sus análisis y entrevistas se han difundido en medios como *CIPER*, *La Tercera* y *TVN*. Es autor de los libros *Revista cal: una historia* (2013), *Bravo Mundo. Arte, fotografía y gestión cultural* (2025) y *Dejar de ser trans* (2026).