

# Resumen Detallado: Informe sobre Disforia de Género Pediátrica (EE.UU., mayo 2025)

---

## I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

### 1. Aumento de diagnósticos

En las últimas dos décadas ha habido un incremento notable en el número de niños y adolescentes que reportan disforia de género (GD) y buscan intervenciones médicas. Este fenómeno se ha extendido por países occidentales, con un cambio importante en el perfil demográfico: de preadolescentes varones a adolescentes mujeres.

### 2. Fundación del modelo afirmativo

El enfoque médico hacia menores con GD se estructuró a partir del llamado “Protocolo Holandés”, implementado en los años 90. Consistía en: Bloqueo de la pubertad, hormonas cruzadas y cirugías de afirmación de género. Fue adoptado por organizaciones como WPATH y la Sociedad Endocrina sin estudios clínicos controlados que demostrararan su seguridad o eficacia a largo plazo.

## II. CRISIS DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

### 3. Evaluación sistemática de evidencia (umbrella review)

El informe concluye que la calidad de la evidencia que apoya intervenciones médicas en menores con GD es “muy baja”. La mayoría de los estudios son observacionales, con muestras pequeñas, sin controles adecuados, con alto riesgo de sesgo y sin seguimiento a largo plazo.

### 4. Críticas a los estudios holandeses

Los estudios clave de de Vries tienen graves limitaciones metodológicas: selección retrospectiva, mejoras leves en salud mental, omisión de eventos adversos graves.

## III. RIESGOS MÉDICOS Y PSIQUIÁTRICOS

### 5. Riesgos conocidos de bloqueadores y hormonas

Esterilidad irreversible, reducción de densidad ósea, alteraciones cardiovasculares, efectos neurocognitivos y mayor incidencia de efectos psiquiátricos adversos.

## **6. Problemas quirúrgicos**

La supresión temprana puede dificultar cirugías como la vaginoplastia y aumentar complicaciones al usar técnicas alternativas.

## **IV. DEBATE ÉTICO Y CLÍNICO**

### **7. Falta de protocolos robustos en EE. UU.**

Guías como SOC-8 presentan conflictos de interés, omiten estudios críticos y reducen estándares clínicos.

### **8. Evaluaciones insuficientes**

Las evaluaciones suelen ser breves y no abordan comorbilidades ni la influencia del entorno social.

## **V. CRÍTICAS INTERNACIONALES Y CAMBIO DE PARADIGMA**

### **9. Cambios de enfoque en Europa**

Reino Unido, Finlandia y Suecia han limitado o prohibido tratamientos hormonales en menores, priorizando intervenciones psicosociales.

### **10. Suicidio y salud mental**

No hay evidencia sólida de que los tratamientos médicos reduzcan el riesgo suicida; las comorbilidades psiquiátricas son más relevantes.

## **VI. PSICOTERAPIA: UNA ALTERNATIVA MÁS SEGURA**

### **11. Psicoterapia afirmativa, no conversiva**

La psicoterapia basada en evidencia es una opción eficaz y ética, no debe confundirse con terapia de conversión.

## **VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

No hay suficiente evidencia para justificar la medicalización temprana. Se deben priorizar evaluaciones psicológicas profundas y terapias psicosociales. Se recomienda suspender estas prácticas hasta contar con evidencia más robusta.