

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/380664160>

Revisión Cass: Contexto de la Discusión y Claves de Análisis

Technical Report · May 2024

CITATIONS

0

READS

125

2 authors:



Tomás Ojeda Güemes

Universidad Diego Portales

12 PUBLICATIONS 59 CITATIONS

SEE PROFILE



Rodrigo Sierra Rosales

University of British Columbia

4 PUBLICATIONS 4 CITATIONS

SEE PROFILE

Revisión Cass:

Contexto de la discusión y claves de análisis

Preparado por:^a

Dr. Tomás Ojeda Güemes, PhD

Dr. Rodrigo Sierra Rosales, MSc, MD, PhD(c)

Presentación

Este texto es un ‘documento de trabajo’ que entrega orientaciones para contextualizar y comprender el estado de los servicios de identidad de género del sistema de salud de Reino Unido, particularmente las discusiones que han surgido tras el lanzamiento del informe final de la denominada Revisión Cass en abril de 2024. Nos interesa facilitar el acceso a información breve y sencilla que permita situar el debate en sus coordenadas científicas, políticas y sociales. Al ser un documento de trabajo, esperamos ir actualizándolo conforme avanza la discusión.

Con este fin, identificamos una serie de dimensiones de análisis que suelen repetirse en las conversaciones que circulan en redes sociales y en los medios de comunicación y prensa: cuestiones vinculadas al contexto que origina la Revisión Cass, cuestiones de tipo metodológicas que son propias de la naturaleza del informe, así como asuntos relacionados con la evidencia en torno a la salud afirmativa de género y sus efectos sobre la salud de las personas.

Nos interesa informar de manera responsable y cuidadosa, evitando instalar el pánico y reconociendo los límites que tenemos desde nuestras profesiones y disciplinas, así como los límites que implica el informarse de discusiones que ocurren fuera de nuestro país, en ritmos y formatos que no se corresponden con nuestra realidad local ni con nuestro idioma, y que muchas veces nos obligan a pronunciarnos sin disponer de toda la información que quisiéramos. Por lo mismo, la escritura de este documento nos ha tomado tiempo y cautela—después de todo, estamos hablando de un informe de 388 páginas (!). Creemos que ése es el ritmo que cuida y que mejor acompaña un proceso de estas características.

Junto con lo anterior, nos interesa también combatir la desinformación (incluyendo información imprecisa y, a veces, derechamente falsa) y *mala fe* con que diversos medios de comunicación en el mundo, en el Reino Unido y en Chile, junto a ciertos “feminismos” y sectores de la sociedad civil, han comunicado los hallazgos del informe. Hacemos esto teniendo presentes a las personas trans y no binarias de todas las edades, especialmente niñas^b y adolescentes, sus familias y cuidadores, quienes se han visto al centro un debate que les deshumaniza y amenaza con privarles del acceso a una salud digna, respetuosa y comprometida con la defensa de sus derechos. Esperamos que este texto lo puedan usar y distribuir entre sus redes, para que más personas se informen y sepan qué está ocurriendo con esta discusión.

Mayo 2024

^a Ambos autores contribuimos por igual en la escritura, revisión y organización de este documento. Por cuestiones de orden, nuestros nombres figuran en orden alfabético.

^b Para una lectura más accesible, este documento utiliza el lenguaje inclusivo que usa la E en lugar de la X para incluir a todos los géneros, y volver el texto accesible a quienes leerán el documento utilizando lectores de pantalla.

Contexto de la discusión

Algunos antecedentes relevantes

Caso *Bell versus Tavistock*:

- En octubre de 2019, en el Reino Unido, se presentó una revisión judicial (denuncia) contra el *Gender Identity Development Service* (Servicio/Unidad de Desarrollo de la Identidad de Género, en inglés GIDS)^c, por parte de la “señora A” y Keira Bell, quien comenzó un tratamiento con bloqueadores puberales^d a sus 16 años.
 - ◆ La denuncia cuestionaba si las personas menores de 18 años podían dar su consentimiento al uso de bloqueadores de la pubertad. En el centro de la demanda estaba el arrepentimiento de Keira Bell por su propia transición.
 - ◆ El 1 de diciembre de 2020, el tribunal falló a favor de Bell, señalando que resultaba altamente improbable que menores de 16 años tuviesen la madurez suficiente para consentir al uso de bloqueadores puberales. Como consecuencia, el NHS cambió el proceso de acceso a los bloqueadores de la pubertad, estableciendo que sería competencia de un tribunal decidir si es en el “interés superior” de la persona empezar con un tratamiento farmacológico.
- En septiembre de 2021, el Tribunal de Apelaciones [anuló la sentencia](#) del Alto Tribunal en el caso *Bell versus Tavistock*, que, en primera instancia, prohibió de hecho el acceso a tratamientos médicos vitales a jóvenes trans, a menos que tuvieran una orden judicial.¹
- La decisión del Tribunal restableció la validez de la prueba de Gillick** (Gillick competence) e insistió en que corresponde al médico junto con quien consulta y su familia o cuidadores tomar decisiones caso a caso en materias concernientes a su salud, respetándose el principio de autonomía corporal.
 - ◆ **La prueba o Competencia de Gillick es el resultado de una sentencia histórica de 1985 (*Gillick contra West Norfolk y Wisbech AHA*) que permite a personas menores de 18 años acceder a la asistencia médica sin el consentimiento de sus padres si se determina que comprenden los efectos posibles y probables del tratamiento.²
 - ◆ La *competencia de Gillick* (como instrumentos y principio) ha sido materia de cuestionamiento e impugnación legal por parte de grupos conservadores en casos que van más allá del acceso a la salud de género afirmativa, como por ejemplo el acceso de menores de 18 años al aborto y a su salud sexual y reproductiva en general.

Cierre del *Gender Identity Development Service (GIDS)* del *Tavistock and Portman NHS Trust*:

- En julio de 2022, el NHS anunció que el GIDS sería sustituido por dos centros regionales en Londres y en el Noroeste para descentralizar y ofrecer un enfoque más “holístico” a la atención trans-afirmativa. Dicha decisión se concretó el año 2023 siguiendo las recomendaciones de una revisión independiente elaborada por la Dra. Hillary Cass, quien concluyó –tal como lo habían

^c El NHS (*National Health Service* o Servicio Nacional de Salud) es el sistema de salud pública de Inglaterra. El GIDS (*Gender Identity Development Service* o Servicio de Desarrollo de la Identidad de Género) es la única clínica del Reino Unido especializada en identidad de género para niños y jóvenes.

^d Los bloqueadores puberales son fármacos que se indican para detener la producción de hormonas sexuales que inducen los cambios corporales asociados a la pubertad.

manifestado organizaciones trans y usuaries del servicio durante años– que el GIDS no estaba a la altura de la creciente demanda y que era necesaria una mejor atención integral.^e

- Pese a que la decisión anterior se presentó públicamente como una solución frente a la necesidad de reducir las listas de espera, el cierre del GIDS se enmarca dentro de un contexto social, político y de salud más amplio³:
 - ◆ En relación con las perspectivas en disputa, sería posible identificar al menos dos: 1) críticas que surgen desde quienes se oponen a la salud trans afirmativa (ej. feministas “críticas de género” o trans-excluyentes) y 2) desde quienes han criticado la demora y tiempos de espera excesivos a los que se somete a quienes consultan, antes de su ingreso al sistema.
- **Tiempos de espera:** Algunas de las decisiones que motivaron el cierre del GIDS (ej. tiempos/listas de espera) cuestionan el mito en torno a la supuesta “prisa” (*rush*) con que niños y adolescentes inician sus tratamientos de hormonización y/o transición de género:⁴
 - ◆ Investigaciones recientes que recogen testimonios de niños y adolescentes y sus familias, apuntan a que los tiempos de espera para una primera sesión dentro del GIDS ocurre en un promedio de 1,066 días.⁵ Hasta fines de mayo de 2022:
 - 5,035 personas se encontraban en lista de espera.
 - Se realizaron, en promedio, 200 derivaciones por mes.
 - Las derivaciones hechas el año 2019 recién estaban siendo atendidas en una primera sesión en mayo de 2022.
 - ◆ Información disponible a través de la [página web](#) del Servicio de Disforia de Género de la Región Norte (NRGDS) muestra que:
 - “En marzo de 2024, la persona que encabeza la lista de espera para su sesión de evaluación inicial ha esperado 70 meses (5 años y 10 meses) para obtener una hora y, en la actualidad, sigue a la espera de que se le asigne una”.⁶

Ambiente Hostil: Disparidades en Salud y Violencia Transfóbica

- En su visita al Reino Unido e Irlanda del Norte en abril y mayo de 2023, Víctor Madrigal-Borloz, Experto Independiente de Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, manifestó su preocupación por la “extrema presión y hostilidad” que experimentan las personas y organizaciones LGBT, la cual se exagera por un debate político que cuestiona sus derechos y, en algunos casos, su propia existencia.⁷
- A partir de 2016, los medios de comunicación han contribuido a producir una “guerra cultural” respecto de los derechos de las personas trans, amplificando la desinformación y generando pánico moral respecto de la atención de salud trans-afirmativa, particularmente en relación a las infancias trans.⁸⁻¹⁰
 - ◆ Siguiendo la explicación que propone Stuart Hall et al. (1978) con relación al pánico moral, en el momento en que los medios comienzan a hablar de “aumentos repentinos y dramáticos” en los números o ‘casos’ y cuando hacen referencia a la supuesta “novedad” de un ‘fenómeno’, sería posible hablar de los inicios del pánico moral.¹¹ Respecto de las personas trans, esto se ve reflejado en coberturas que no respetan sus pronombres o nombres sociales y que insisten en la idea de ‘contagio social’, ‘ideología transgénero’, ‘moda’, ‘peligro’ o

^e GIDS ha sido objeto de investigaciones periodísticas y análisis controversiales por décadas. Quienes quieran profundizar en los principales debates, les sugerimos leer críticamente la investigación periodística de [Hannah Barnes](#) (*Time to Think: The Inside Story of the Collapse of the Tavistock’s Gender Service for Children*) y escuchar el capítulo sobre *Puberty Blockers* del podcast [Prominent Corrections](#), el cual responde a muchos de los sesgos contenidos en la investigación de Barnes, los cuales no han sido cubiertos por la prensa tradicional en Reino Unido.

‘amenaza’, como si las infancias trans fuesen un ‘fenómeno’ reciente o producto de las redes sociales y la pornografía.¹²⁻¹⁴

- **Disparidades en salud y crímenes de odio:** El informe sobre salud LGBTQ+ elaborado por la organización LGBT Stonewall en 2018, reveló que en el Reino Unido existen tasas elevadas de depresión, ansiedad y otras formas de angustia en la población LGBTQ+ en comparación con la población no LGBTQ+, observándose también un riesgo de suicidio significativamente elevado en todos los grupos LGBTQ+.^{15,16}
 - ◆ Al respecto, la política nacional de prevención del suicidio y el plan de acción LGBT del gobierno británico reconocen que las personas LGBTQ+ necesitan enfoques adaptados y locales para apoyar su salud mental.¹⁷
 - ◆ Una revisión sistemática de 2021 sobre la evidencia del impacto del COVID-19 sobre la salud y el bienestar de la población LGBTQ+ arrojó que no existirían investigaciones específicas sobre el impacto de la pandemia sobre esta población. Esto último sería preocupante, dadas las desigualdades en salud que presenta dicho grupo respecto de sus pares heterosexuales y cisgénero. La escasez de evidencia se explicaría debido a la falta de recopilación sistemática de datos sobre orientación sexual e identidad de género, posiblemente como consecuencia de la homofobia y transfobia institucionalizada.¹⁸
 - ◆ El informe 2023 de [ILGA-Europa](#) muestra un aumento de los crímenes de odio en Inglaterra y Gales, siendo los transfóbicos los que más han aumentado, con un 56%, seguidos por los homo y lesbofóbicos con un 41%. Estos se atribuirían, en parte, a un aumento de la cobertura anti-trans en los medios de comunicación y a los ataques recientes contra la salud trans-afirmativa.
 - Recientemente, el 11 de febrero de 2023, la adolescente trans de dieciséis años, Brianna Ghey, fue apuñalada hasta su muerte por dos jóvenes de 15 años. Su crimen fue motivado, en parte, por la transfobia.¹⁹
 - ◆ Hace 5 años, y durante el período liderado por 4 diferentes jefes de gobierno, Reino Unido inició un proceso de consulta para implementar una ley que prohibiera las prácticas de conversión.²⁰
 - La intención del Gobierno era publicar los resultados de la consulta y el proyecto legislativo en 2022. A finales de marzo de ese año, se filtró un documento en el que se detallaba la intención de no prohibir en absoluto las terapias de conversión. Tras intensas protestas, el Gobierno anunció que seguiría adelante con la prohibición de las prácticas de conversión para personas LGB (lesbianas, gays y bisexuales), pero que no lo haría para las personas trans.²¹

La Revisión Cass

El Cass Review o *Revisión Cass* (2024) es una revisión independiente encargada en 2020 por el NHS a la pediatra Dra. Hillary Cass con el fin de proporcionar recomendaciones sobre los servicios de atención de género disponibles en infancia y adolescencia. Tras un informe provisional publicado en 2022, Cass publicó sus conclusiones finales en abril de 2024 en un informe titulado *Revisión independiente de los servicios de identidad de género para niños y jóvenes: Informe final*.²²

- El equipo liderado por Cass encargó una serie de estudios a la Universidad de York. Ésta realizó revisiones sistemáticas de la evidencia disponible respecto de varias intervenciones afirmativas de género, incluidos el uso de bloqueadores de la pubertad, de hormonas sexuales cruzadas, la transición social y las medidas de apoyo psicosocial.
 - ◆ La Revisión tuvo como objetivo garantizar que quienes se cuestionan su identidad de género o experimentan disforia de género durante la infancia o adolescencia, puedan recibir una atención de alto nivel, integral, segura y efectiva (p. 20).
- El informe de la Revisión Cass publicado en abril de 2024 advierte en contra de la tendencia a establecer generalizaciones respecto de la experiencia de niños y adolescentes que cuestionan su identidad de género, reconociendo su diversidad de trayectorias. En relación con esto último, señala que el “sentido de identidad de los jóvenes no es fijo y puede cambiar en el tiempo”, agregando que no debiesen existir “jerarquías en cuanto a la identidad de género o la forma en que ésta se expresa, ya sea social o médicamente. Nadie debe sentir la necesidad de invalidar su propia experiencia por temor a que se refleje negativamente en otras identidades” (p. 21).
 - ◆ El informe señala también que, “para algunas, el mejor resultado será la transición, mientras que otras resolverán su angustia de otras maneras. Algunas pueden hacer su transición y luego de/retransitar y/o arrepentirse”. El NHS debe atender a todas quienes buscan ayuda, independiente de sus trayectorias (p. 21).
 - ◆ Cass recomienda también que todas les profesionales del sistema de salud del NHS deben formarse “sobre cómo trabajar con sensibilidad y eficacia con jóvenes trans, no binarios y que cuestionan su género” (p. 38).

¿Qué dice y qué no dice la Revisión Cass?

- Lo primero es señalar que la Revisión no hace referencia a evidencia alguna que dé cuenta de posibles ‘daños’ (físicos o psicológicos) causado por la transición social, el uso de bloqueadores puberales y/o de hormonas cruzadas.^f
- A diferencia de lo que algunos medios han reportado, la Revisión Cass no generó datos nuevos. Más bien, revisó la evidencia disponible sobre los efectos de prácticas afirmativas de género en la salud física y mental de niños y adolescentes trans y que cuestionan su identidad.
 - ◆ En este sentido, la Revisión no recomienda prohibir el uso y acceso a bloqueadores de la pubertad ([Final Report - FAQs](#)).
 - ◆ Tampoco recomienda prohibir la transición social para ningún grupo de edad. Cass recomienda que niños pre-puberales y sus familias puedan acceder tempranamente al apoyo

^f En Reino Unido, el periódico [The Times](#) difundió una noticia cuyo titular leía: “1.000 familias demandarán a la clínica de género Tavistock”. La supuesta demanda y los números de familias demandantes nunca han existido. Esta noticia ha sido amplificadas de manera irresponsable por múltiples medios y organizaciones anti-trans como ‘evidencia’ de los daños a los que han sido sometidos niños y adolescentes trans. En enero de este año, el [mismo medio](#) publicó que dicha demanda no existe.

necesario por parte de profesionales calificados para tomar decisiones relacionadas con la transición social ([Final Report - FAQs](#)).

- El informe reconoce que no existe una definición única de transición social y valora la diversidad de trayectorias que ésta puede tener.
- El apoyo que les niños y sus familias puedan recibir es vital para reconocer variaciones comunes de la expresión y roles de género. En este sentido, Cass recomienda evitar decisiones apresuradas y sugiere evaluar la implementación de transiciones “parciales” en diálogo con los niños y sus familias para permitir cierta flexibilidad y apertura a trayectorias diversas, no profundizando en qué consiste dicha parcialidad (p. 32).

Evidencia respecto del uso de bloqueadores de pubertad y hormonas cruzadas

- La Revisión Cass afirma que la evidencia con relación al uso de bloqueadores de la pubertad y de hormonas masculinizantes/feminizantes es “débil”, lo cual no significa que las intervenciones sean malas o dañinas. Llegan a esta conclusión a partir de decisiones metodológicas que han sido críticamente cuestionadas, a las que nos referiremos más adelante. Esto es importante dado que las conclusiones a las que llega la Revisión Cass difieren sustancialmente de evidencia robusta respecto de los beneficios de la transición social y el uso de bloqueadores de pubertad y hormonas.²³⁻³⁴
 - ◆ Respecto del uso de bloqueadores de la pubertad, el informe reconoce la existencia de “beneficios claramente definidos en circunstancias muy limitadas” (p. 32), y se describen como “potenciales” los riesgos que pudiesen existir en relación con sus usos.
 - ◆ Con relación al uso de hormonas cruzadas, los autores de las revisiones sistemáticas del equipo de la Universidad de York concluyeron que se requieren “investigaciones de alta calidad que evalúen los resultados de las intervenciones hormonales en adolescentes con disforia/incongruencia de género” (p. 33), agregando que existirían pocos estudios que hayan realizado un seguimiento a largo plazo.
 - Dado lo anterior, concluyen que “no se pueden extraer conclusiones sobre el efecto en la disforia de género, la satisfacción corporal, la salud psicosocial, el desarrollo cognitivo o la fertilidad. Sigue habiendo incertidumbre acerca de los resultados sobre la estatura/crecimiento, la salud cardiometabólica y ósea” (p. 33).
 - Al mismo tiempo, señalan que “el tratamiento hormonal puede mejorar la salud psicológica”, concluyendo que se requieren “investigaciones sólidas con un seguimiento a largo plazo” que permitan reforzar este hallazgo (p. 33).

Evidencia respecto de quienes han de/retransicionado

- La Revisión Cass cita una auditoría del NHS sobre jóvenes trans inscritos en el GIDS, en la que se constató un número extremadamente bajo de de/retransición (p. 168):
 - ◆ Se auditaron 3,499 pacientes, de los cuales sólo 3,306 fueron incorporados en el análisis.
 - ◆ “Menos de 10 pacientes volvieron a su género [registrado al nacer], todos ellos eran mujeres, y se confirmó que todos menos uno habían recibido bloqueadores de la pubertad como primera intervención. Estos pacientes habían recibido una media de 6,5 consultas antes de ser remitidos a endocrinología (rango 3-10 consultas)” (p. 168).
 - ◆ La cifra anterior no sólo es baja, sino que además queda claro que incluso las personas que de/retransicionaron recibieron varias consultas de evaluación separadas en el tiempo (en promedio 6,5 consultas) antes de ser derivadas a un especialista endocrino. Por tanto, en el contexto de esta auditoría, los niños sí recibieron evaluación previamente antes de iniciar un tratamiento hormonal, el cual no se prescribe de manera “precipitada” ni apurada, como suele reportarse.
 - ◆ Respecto de esto último, resulta fundamental señalar que las guías clínicas actuales para la atención de niños y adolescentes trans, no binarios y de género no conforme recomiendan el

paso inicial sea la realización de una evaluación integral de las necesidades y el contexto de apoyo de quien consulta.^{29,35} La indicación de bloqueo puberal se realiza sólo cuando existe evidencia clínica del inicio de la pubertad en casos donde este bloqueo puede mejorar (o prevenir el deterioro) del bienestar de la niña o adolescente.^{29,35} Esta evaluación e indicación de tratamiento deben ser realizadas por profesionales con experiencia y capacitación técnica.^{29,35} Si bien en otros contextos se admite la prescripción por otras especialidades o profesionales, en el contexto chileno esta indicación solamente es realizada por especialistas en endocrinología pediátrica.

¿El mayor escándalo en la historia de la medicina?

- Algunos medios de prensa dentro y fuera de Reino Unido han titulado la cobertura de la Revisión Cass como *el mayor escándalo de la medicina*. Esto no sólo es irresponsable y mal intencionado, sino que da cuenta de la falta de ética con que es tratado el tema en los medios de comunicación, los que han contribuido a instalar el pánico en torno al tratamiento de género afirmativo. La Revisión Cass no da cuenta de evidencia alguna de “daño” respecto del uso de bloqueadores de pubertad, transición social o uso de hormonas cruzadas—y esto no es una interpretación.
 - ◆ Sin embargo, existen otros daños y perjuicios que parecieran no llamar la atención de Cass. La Revisión no examina la evidencia que sí existe respecto del daño que han causado las restricciones autoritarias y abusivas de acceso a la salud afirmativa que se han implementado contra las infancias trans en algunos estados en Estados Unidos y en el NHS en Inglaterra. Tampoco revisan la evidencia que da cuenta del trato abusivo al que se somete a las niñas cuando profesionales de la salud evalúan su caso, el tipo de preguntas intrusivas al que se les expone y los efectos perjudiciales que tienen los tiempos de espera sobre su salud mental y física.^{7,36–40}

Composición del equipo que realizó la Revisión

- La Dra. Cass fue seleccionada para dirigir el proceso que se conoció como la *Revisión Cass* debido a su “independencia”, es decir, porque era una médica sin conocimientos ni experiencia profesional en la atención sanitaria a niñas y adolescentes trans.
 - ◆ El problema es que quienes conformaron el equipo de trabajo tampoco tienen experiencias en salud trans (como investigadores o usuarias). De acuerdo a un artículo académico publicado por Cal Horton,⁴¹ los Términos de Referencia originales publicados en los reportes preliminares excluyeron explícitamente a personas con expertise en temas trans del órgano de gobierno de la Revisión, dejando fuera también a quienes son expertes por experiencia, es decir, quienes han tenido experiencias directas como usuarias del GIDS:
 - “El Cass Review, por su diseño, priorizó a profesionales cisgénero sin experiencia en atención sanitaria trans. Dentro de este diseño no hubo ninguna consideración respecto de medidas que hubiesen aminorado el riesgo de sesgo cisnormativo[§] en la estructura de liderazgo.”⁴¹
 - La inclusión de integrantes de la comunidad que se estudia e investiga en las distintas etapas de una investigación se considera una buena práctica en el diseño de estudios, especialmente cuando estos refieren a la experiencia de comunidades minorizadas.

[§] Mecanismo identificado por Cal Horton (2024) en su análisis de los reportes preliminares de la Revisión Cass para describir un tipo de sesgo que puede conducir a que investigadores vean las infancias trans “como un problema o una desviación inherente”, haciendo de las experiencias trans una vivencia “sospechosa, problemática o patológica” (p. 7). Los prejuicios cisnormativos, afirma Horton, establecen jerarquías de valor entre vidas trans y cis, favoreciendo las interpretaciones, sensibilidades y privilegios que provienen de grupos cisgénero, los cuales permean la sociedad, instituciones y campos disciplinares.

La Revisión Cass versus las revisiones comisionadas

¿Qué es una revisión sistemática?

- Las revisiones sistemáticas son un método para sintetizar evidencia científica que responde a una pregunta de investigación específica de una forma transparente y reproducible, buscando incorporar toda la evidencia disponible y evaluando su calidad.⁴²
 - ◆ Uno de los elementos importantes que la definen son la definición de una estrategia de búsqueda que se fija desde el inicio y no se ajusta a conveniencia. Ello implica utilizar en la revisión toda la evidencia disponible y no sólo aquella que se ajusta a las ideas de quien la realiza.

La Revisión Cass NO es una revisión sistemática

- Un punto crítico es que el informe final de la Revisión Cass es una revisión NO sistemática en sí misma.^h
- El reporte incluye los hallazgos de 6 revisiones sistemáticas realizadas por un equipo de investigación liderado por Jo Taylor de la Universidad de York (Inglaterra), dos artículos de evaluación de guías clínicas, y un artículo de investigación original basado en una encuesta. Las seis revisiones evaluaron las siguientes áreas:
 - ◆ Cambios en el número y el perfil de pacientes derivados a equipos especializados en género.⁴³
 - ◆ Efecto de la transición social en infancia y adolescencia.⁴⁴
 - ◆ Efecto de intervenciones psicosociales en infancia y adolescencia consultante por “incongruencia de género”.⁴⁵
 - ◆ Efecto de la supresión puberal.⁴⁶
 - ◆ Efecto de la terapia hormonal cruzada.⁴⁷
 - ◆ Protocolos o vías de abordaje y tratamiento utilizados en servicios especializados en género.⁴⁸
- Solamente las revisiones sistemáticas, revisiones de guías clínicas y el artículo sobre la encuesta fueron sometidos a revisión por pares (*peer review*)ⁱ. El informe final de la revisión Cass no es una publicación de revista científica y no tuvo revisión externa.

Problemas metodológicos identificados en el informe

Problemas de rigurosidad en el uso de evidencia científica

- El reporte final de la Revisión Cass contiene recomendaciones y aseveraciones que exceden muy significativamente el contenido de las revisiones sistemáticas (por ejemplo, todo lo referido al neurodesarrollo infantojuvenil o la capacidad de consentimiento).
 - ◆ Ello implica que, en el resto del informe, se utilizan referencias a estudios que no formaron parte de las revisiones sistemáticas, por lo que es posible que exista investigación y evidencia que difiere de las aseveraciones hechas por Cass, pero que no fueron incluidas ni consideradas en el reporte.
 - En el ejemplo anterior sobre el neurodesarrollo, el informe correlaciona directamente la evidencia sobre la madurez de la corteza cerebral prefrontal con la capacidad de tomar

^h Algunas críticas a la revisión han usado el nombre “Reporte” o “Informe Cass” (en inglés, *Cass Report*) para hacer la diferencia respecto de las revisiones sistemáticas que fueron incluidas en el reporte final.

ⁱ La revisión externa de pares (*peer-review*) es uno de los mecanismos que existen para garantizar la calidad de una publicación científica, la validez, impacto y/o replicabilidad de los hallazgos. En este proceso participan dos o más investigadores con expertise en el tema, quienes no tienen relación con quienes realizaron la investigación evaluada y cuya identidad es anónima.

decisiones a largo plazo. Los estudios de neuroimágenes no evalúan directamente el desarrollo de las funciones ejecutivas y claramente señalan que las curvas poblacionales no deben ser asumidas como trayectorias individuales.⁴⁹ Es decir, hay variabilidad individual importante en los ritmos de maduración, y no hay “números mágicos” como punto de criterio certero para la maduración.

- El informe Cass sugiere tener un enfoque pediátrico/juvenil hasta los 25 años argumentando que solo entonces el cerebro y las funciones ejecutivas están completamente maduros. Seguir este raciocinio abriría un vacío lógico si es que no se revisaran todas las decisiones que una persona hasta los 25 años es capaz de tomar asumiendo que no tiene capacidad completa de evaluar las consecuencias de largo plazo. Esta lógica presupondría revisar toda capacidad de decisión (para intervenciones médicas o incluso la responsabilidad penal) e inclusive el concepto de mayoría de edad. El informe no se hace cargo de estas implicancias al sugerir el cambio en el modelo de atención.
- Toda la investigación cualitativa a la que se aduce en el informe no está publicada en ninguna revista científica, por lo que no fue sometida a ninguna evaluación externa de pares para revisar su calidad, métodos y conclusiones. Aun cuando las revisiones sistemáticas encargadas por Cass a la Universidad de York pasaron la revisión por pares, ello no implica necesariamente que no tengan falencias, las cuales, a su vez, impactan la forma en que Cass interpretó sus hallazgos y recomendaciones. Algunas de las falencias de las revisiones incluyen:
 - ◆ La inclusión de heterogeneidad significativa en los criterios de inclusión utilizados para seleccionar la evidencia:
 - En supresión puberal, se incluyen varios tipos de medicamentos con mecanismos y resultados esperables muy diferentes (por ejemplo, progestinas que solo detienen los sangrados menstruales junto con análogos de GnRH, el tratamiento estándar).
 - En intervenciones psicosociales, se incluyen esquemas de psicoterapia junto con intervenciones de módulos de auto instrucción o grupos de apoyo.
 - En transición social, se incluyen estudios que evalúan solo el cambio de nombre social y estudios evaluando cambios de aspecto y presentación.
 - ◆ Es esperable que introduciendo esta heterogeneidad en lo que se está evaluando, haya heterogeneidad en los resultados observados. Luego esta heterogeneidad en los resultados observados se instrumentaliza para afirmar que la evidencia es no concluyente.
 - ◆ Asegurar criterios claros que definan una intervención específica es central en las directrices técnicas para la realización de revisiones sistemáticas.^{50,51}
- Aun cuando estas revisiones señalan que son parte de un mismo protocolo, llama la atención que cada una utilizó herramientas diferentes para categorizar la calidad de la evidencia, sin proveer un razonamiento. Diferentes herramientas pueden arrojar resultados diferentes. Al chequear el protocolo original, es posible comprobar que los autores modificaron los métodos preestablecidos para evaluar la calidad de la evidencia.⁵² Dado que no se entrega un razonamiento, se deja espacio a la posibilidad de que se hayan acomodado las herramientas para obtener un determinado resultado.
- Incluso más allá del método de evaluación de la evidencia, una vez evaluada, este juicio es subjetivo. Esto es evidente en el elevado número de estudios considerados de calidad “moderada” que apoyan intervenciones como la terapia hormonal cruzada, que luego no fueron considerados en las conclusiones.
- Las revisiones sistemáticas son muchísimo más breves que el Cass review, y sus conclusiones son mucho más cautelosas que el reporte completo, pues sólo pueden basarse en la evidencia que se encontró sistemáticamente. El reporte incluye otras fuentes no sistemáticas.

Inconsistencias en la evaluación de la validez de la evidencia: El sistema GRADE

- Existe una inconsistencia en la evaluación de calidad de la evidencia. Las revisiones sistemáticas ocupan escalas de evaluación basadas en el contenido de los artículos de investigación, mientras que el informe final Cass utiliza el sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations*).
 - ◆ En este sistema, las revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorios (en inglés, *randomized clinical trials* (RCT)) están por sobre cualquier estudio observacional (no experimental).
 - ◆ El sistema GRADE se basa en el diseño de los estudios y no en su contenido. Cuando este método es sobre-simplificado puede llevar a reduccionismos graves. Por ejemplo, evaluar todo estudio observacional como de baja calidad, sin considerar su contenido.
 - ◆ Las propias guías GRADE establecen que evidencia de “baja calidad” puede ser el sustento de recomendaciones clínicas claras.⁵³
 - ◆ De hecho, estudios han demostrado que tanto en la indicación de fármacos en pediatría como las guías de la OMS en gran parte se basan en evidencia que GRADE categoriza como de “baja calidad” o “débil”.^{54,55} Algunos ejemplos de indicaciones médicas sin soporte de “alta calidad” para los estándares de la revisión Cass incluyen el paracetamol para el dolor de espalda⁵⁶ y los propios bloqueadores puberales para niñxs cisgénero con pubertad precoz.⁵⁷
- El problema está en cómo se presenta a una audiencia general la evidencia usando la etiqueta de “baja calidad” o “débil” sin explicación técnica del término.⁴¹ Esto es aún más problemático en el caso de los medios de comunicación.
- Más aún, la inexistencia de estudios RCT como justificación de una supuesta incapacidad de fundamentar decisiones es extremadamente riesgosa en salud pública. El mismo argumento ha sido usado para cuestionar los fundamentos del uso de mascarillas para el COVID y contra el uso de vacunas.^{58,59}

Falta de conexión con el contexto y las condiciones materiales que moldean las experiencias de tránsito y de acceso a la salud trans-afirmativa

- Las revisiones y el reporte Cass recomiendan realizar estudios RCT como única forma de resolver incertidumbres respecto de la evidencia en torno al uso de bloqueadores puberales y tratamientos hormonales:
 - ◆ Tanto las revisiones sistemáticas como el reporte Cass en su conjunto, instrumentalizan la ausencia de estudios tipo RCT para argumentar que la evidencia existente es de baja calidad. Para remediar lo anterior y generar más evidencia, proponen además realizar estudios RCT para testear las intervenciones.
 - ◆ En la práctica, eso implicaría asignar aleatoriamente a niñes y adolescentes a recibir tratamiento (ej. bloqueadores hormonales u hormonas cruzadas) o un placebo, condicionando la atención de salud afirmativa a que participen de un estudio: es decir, se condiciona la entrega de medicamentos que son vitales para su desarrollo, salud mental y física, aumentando la angustia e incertidumbre de quienes llevan años esperando recibir atención.
 - ◆ Esta sugerencia está completamente desligada de la experiencia de tránsito de niñes y adolescentes trans, no binaries y de género expansivo, además de estar desligada del conocimiento de quienes trabajan directamente con esta población.
 - ◆ Esto lleva a una sugerencia éticamente cuestionable en un ámbito donde académicxs han expuesto las razones por las cuales los estudios RCT para estas intervenciones no son viables ni éticos.⁶⁰

- La interpretación de los hallazgos no fue adecuadamente contrastada con cambios a nivel macro en infancia y adolescencia. Por ejemplo:
 - ◆ La atención que se pone sobre la identificación de autismo no es contextualizada con la controversia actual alrededor del incremento de identificación de autismo a nivel global.⁶¹
 - ◆ La falta de respuesta a intervenciones psicosociales no es contrastada con la realidad de que incluso la psicoterapia tiene un efecto limitado en tratar la depresión en población general infantojuvenil,⁶² más aún en el caso de una población sistemáticamente vulnerada.

- La interpretación de los hallazgos fue hecha totalmente desconectada de la experiencia de personas trans. Por ejemplo:
 - ◆ Se estableció la expectativa de un claro efecto positivo y homogéneo de la transición social, los bloqueadores puberales o el tratamiento hormonal cruzado. Dado que ese efecto no se encontró, entonces se desestima la intervención.
 - ◆ Puesto de otra forma, el razonamiento es “si transitar socialmente, bloquear la pubertad o el tratamiento hormonal no se asocian con mejorías en la depresión, ansiedad o suicidalidad, *entonces* estas intervenciones no son útiles.”
 - ◆ Por un lado, las prácticas afirmativas en salud, así como las experiencias de transición (social, legal, médicas) son diversas y no se pueden homogeneizar. No todas las personas trans realizan los mismos cambios, no todas desean hormonarse ni optan por cirugías de modificación corporal.
 - ◆ Por otro lado, existe un problema en asumir que una persona dejará de tener los estresores sociales y experiencias de marginación y violencia sólo por transitar socialmente o recibir intervenciones médicas. Esto desconoce todo el contexto macro de la experiencia trans en una sociedad cisnormativa, las barreras de acceso a la salud y los tiempos de espera que el mismo informe Cass reconoce, por nombrar sólo algunos factores.
 - ◆ Otro ejemplo sería sugerir que el consumo de pornografía online estaría vinculado con la disforia de género (ver comentario anterior sobre ‘pánico moral’). En una sección del informe, Cass reflexiona acerca de la cuestión generacional y la influencia que tendrían distintos estresores sobre las actitudes y comportamientos de quienes consultan en el NHS debido a su identidad de género (la denominada ‘Generación Z’). En el punto 7.20 (p. 110), Cass cita una publicación de Karin Nadrowski para sugerir que “la exploración con jóvenes que cuestionan su género debe considerar su interacción con contenidos pornográficos”. Esta sugerencia no tiene ningún fundamento científico ni evidencia alguna. Es una sugerencia muy dañina y poco rigurosa que estigmatiza y vuelve a instalar la sospecha respecto de las supuestas causas de la disforia e identidad de género, su supuesto ‘contagio’ y ‘moda’ entre jóvenes.

- La interpretación de los hallazgos fue hecha con estándares inconsistentes a la hora de evaluar la evidencia disponible:
 - ◆ Los bloqueadores puberales, tratamientos hormonales e incluso la transición social son sometidas a un juicio de existencia de RCT que las avalen. En contraste, la propuesta del informe Cass sobre “acompañamientos” psicosociales no se basan en la existencia de estudios similares que lo avalen.
 - ◆ Se acusan problemas de representatividad de los estudios clínicos que se encontraron en la revisión, pero no se señala cuál sería el método adecuado de reclutamiento de pacientes. ¿Cómo conseguir una muestra aleatoria de personas trans y no binarias? Por otro lado, los problemas de representatividad no parecen ser un problema cuando se incluyen estudios sobre de/retransición de baja calidad, sin señalar el tamaño muestral que representan e incluso replicando gráficos con faltas ortográficas (p.189).

- La interpretación de los hallazgos fue hecha en comparación a un estándar poco claro y sin evidencia. Por ejemplo:
 - ◆ En el análisis del número de personas derivadas a unidades de género en el tiempo, se acusa un incremento “mayor a lo esperable a la aceptación social actual” de la disidencia sexo-genérica. ¿Cuál es ese estándar esperable?
 - ◆ Sin ninguna estimación clara y real de qué parte de la población general es trans y no binaria, ¿cuál es la evolución estándar esperable para la demanda de un servicio necesario que antes no existía y no se ofrecía, en un contexto que además es tremendamente hostil hacia la población consultante?

Conclusión

El Informe o Revisión Cass es un documento controvertido, que dará espacio a debates sobre su rigurosidad científica. Sus implicancias son de gran escala por estar respaldado por instituciones gubernamentales de salud que son referencia internacional. Este informe se generó en un contexto político y social tremendamente hostil hacia las personas trans y no binarias y su metodología científica debe entenderse en ese contexto.

El informe no generó datos nuevos, no dio cuenta de evidencia alguna sobre supuestos “daños”, ni es en sí una revisión sistemática, como se ha presentado hacia el público en diversos medios. El informe no recomienda la suspensión total de las intervenciones médicas ni recomienda prohibir la transición social o el cierre de las clínicas de género. El informe sí promueve un enfoque holístico en la atención de personas trans, no binarias y de género no conforme en la infancia y adolescencia, respecto de lo cual nos sentimos convocados a colaborar en conjunto con quienes llevan años trabajando en estas temáticas, tanto desde la academia como desde la sociedad civil.

Pese a lo anterior, el informe contiene recomendaciones que contradicen las guías de tratamiento internacionales vigentes y afirmaciones que exceden muy significativamente el contenido de las revisiones sistemáticas. La metodología científica del informe ya está siendo objeto de críticas y los hallazgos no se deben considerar como reflejo universal de toda la investigación ni experiencia clínica existente. Después de todo, es una revisión que encarga el NHS en respuesta a una problemática específica local que no es del todo replicable.

Muchas de las recomendaciones del informe no dialogan con la realidad de las personas trans ni sus experiencias de tránsito diversas siendo, además, potencialmente dañinas para su dignidad. La desinformación, tergiversación de los hallazgos y usos políticos del informe para restringir aún más el acceso a la salud trans-afirmativa nos parecen particularmente graves, especialmente cuando son los medios de comunicación y las redes sociales quienes amplifican la desinformación para producir pánico y confirmar sus propios prejuicios respecto de la salud de género afirmativa.

Con todo, es de suma importancia que respondamos de manera coordinada, atingente y fundamentada en evidencia científica y principios éticos universales. Esto es importante en las conversaciones con quienes no tienen experiencia en salud trans y no binaria, y que desean hacerse una opinión informada. El presente documento tiene como fin entregar herramientas para establecer diálogos informativos y responsables. Durante este período aún más difícil de lo habitual, nuestra invitación es a actuar de manera colectiva y cuidándonos entre todos.

Acerca de los autores

Tomás Ojeda Güemes (él) es Doctor en Estudios de Género por la London School of Economics and Political Science, psicólogo clínico e integrante de la Red Clínica del Colectivo Trenza. Actualmente es docente universitario, asesor e investigador en temas de diversidad, salud mental LGBTIQ+, prácticas de conversión y políticas anti-ideología de género.

Rodrigo Sierra Rosales (elle/él) es médico cirujano y psiquiatra infantojuvenil de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y magíster en Salud Poblacional y Pública de la Universidad de British Columbia (Canadá). Actualmente es estudiante doctoral en Salud Poblacional y Pública de la misma universidad. Fue voluntario y coordinador de los Canales de Apoyo de la Fundación Todo Mejora y ha concentrado su práctica clínica en equipos especializados en atención a personas LGBTQIA+.

Referencias

1. Siddique H, correspondent HSL affairs. Appeal court overturns UK puberty blockers ruling for under-16s. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2021/sep/17/appeal-court-overturns-uk-puberty-blockers-ruling-for-under-16s-tavistock-keira-bell>. Published September 17, 2021. Accessed May 10, 2024.
2. Walsh R. A blow to the rights of transgender children. British Psychological Society. Published December 3, 2020. Accessed May 7, 2024. <https://www.bps.org.uk/psychologist/blow-rights-transgender-children>
3. Osserman J. Psychoanalysis and Trans: A Study of Two Psychosocial Scenes. In: Frosh S, Vyrgioti M, Walsh J, eds. *The Palgrave Handbook of Psychosocial Studies*. Springer International Publishing; 2024:1-20. doi:10.1007/978-3-030-61510-9_13-1
4. McKay K, Kennedy E, Wright T, Young B. Thinking Time, Shifting Goalposts and Ticking Time Bombs: Experiences of Waiting on the Gender Identity Development Service Waiting List. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):13883. doi:10.3390/ijerph192113883
5. Barras A, Carlile A. "Everything Feels Stacked against Us." *Two Years on: Understanding the Impact of the 2020 Bell v Tavistock Case on Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Children, Young People and Their Families*. Mermaids; Goldsmiths, University of London; 2022. Accessed May 7, 2024. <https://mermaidsuk.org.uk/wp-content/uploads/2022/12/BvT-short-report-December-2022.pdf>
6. Waiting list/waiting times. Cumbria, Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust. Accessed May 7, 2024. <https://www.cntw.nhs.uk/services/northern-region-gender-dysphoria-service-specialist-service-walkergate-park/waiting-list-waiting-times/>
7. Madrigal-Borloz V. *United Nations Independent Expert on Protection against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity. Country Visit to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (24 April - 5 May 2023): End of Mission Statement*. United Nations; 2023. Accessed May 8, 2024. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/sexualorientation/statements/eom-statement-UK-IE-SOGI-2023-05-10.pdf>
8. Amery F, Mondon A. Othering, peaking, populism and moral panics: The reactionary strategies of organised transphobia. *The Sociological Review*. Published online April 16, 2024:00380261241242283. doi:10.1177/00380261241242283
9. Pearce R, Erikainen S, Vincent B. TERF wars: An introduction. *The Sociological Review*. 2020;68(4):677-698. doi:10.1177/0038026120934713
10. Faye S. *Trans: Un alegato por un mundo más justo y más libre*. Traducción de Rosa María García; 2022.
11. Hall S, Critcher C, Jefferson T, Clarke J, Roberts B. *Policing the Crisis: Mugging, the State, and Law and Order*. 1978th edition. Palgrave; 1978.
12. Phipps A. *Me, Not You: The Trouble with Mainstream Feminism*. Manchester University press; 2020.

13. Gill-Peterson J. *Historias de La Infancia Trans*. Bellaterra Edicions; 2022. <https://www.bellaterra.coop/es/libros/historias-de-la-infancia-trans>
14. Serano J. All the Evidence Against Transgender Social Contagion. Medium. Published May 26, 2023. Accessed May 10, 2024. <https://juliaserano.medium.com/all-the-evidence-against-transgender-social-contagion-f82fbda9c5d4>
15. Bachmann CL, Gooch B. *LGBT in Britain: Health Report*. Stonewall Foundation; YouGov; 2018. Accessed May 8, 2024. https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_health.pdf
16. Yıldız E. Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018;32(4):650-659. doi:10.1016/j.apnu.2018.03.003
17. Government Equalities Office. *LGBT Action Plan*.; 2018. Accessed May 8, 2024. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b39e91ee5274a0bbef01fd5/GEO-LGBT-Action-Plan.pdf>
18. McGowan VJ, Lowther HJ, Meads C. Life under COVID-19 for LGBT+ people in the UK: systematic review of UK research on the impact of COVID-19 on sexual and gender minority populations. *BMJ Open*. 2021;11(7):e050092. doi:10.1136/bmjopen-2021-050092
19. Williams Z. Remember Brianna Ghey’s name, not her killers’ – and confront the transphobia that dogged her. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/feb/02/brianna-ghey-name-killers-transphobia-children>. Published February 2, 2024. Accessed May 8, 2024.
20. Jowett A, Brady G, Goodman S, Pillinger C, Bradley L. *Conversion Therapy: An Evidence Assessment and Qualitative Study*. Government Equalities Office; Coventry University; 2020. Accessed May 12, 2024. https://pure.coventry.ac.uk/ws/portalfiles/portal/44880617/2020_12_15_Conversion_Therapy_Reserach_Report_AJ_edited_clean_4_.pdf
21. Ban Conversion Therapy Coalition. Protecting trans victims of gender identity conversion practices. Published online 2022. Accessed May 8, 2024. https://static1.squarespace.com/static/5efc4344362f4379c92231da/t/62629af0ff5cf66e052c1a99/1650629361587/BCT+briefing_22+April+2022.pdf
22. Cass H. *Independent Review of Gender Identity Services for Children and Young People: Final Report*.; 2024. Accessed May 10, 2024. <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/>
23. Horton C. The importance of child voice in trans health research: a critical review of research on social transition and well-being in trans children. *International Journal of Transgender Health*. 2023;0(0):1-18. doi:10.1080/26895269.2023.2295381
24. Endocrine Society. Transgender Health: An Endocrine Society Position Statement. Published December 16, 2020. Accessed May 8, 2024. <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health>
25. Poteat T, Davis AM, Gonzalez A. Standards of Care for Transgender and Gender Diverse People. *JAMA*. 2023;329(21):1872. doi:10.1001/jama.2023.8121
26. Rafferty J, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, et al. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2018;142(4):e20182162. doi:10.1542/peds.2018-2162
27. Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics*. 2020;145(2):e20191725. doi:10.1542/peds.2019-1725
28. de Vries ALC, McGuire JK, Steensma TD, Wagenaar ECF, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Young Adult Psychological Outcome After Puberty Suppression and Gender Reassignment. *Pediatrics*. 2014;134(4):696-704. doi:10.1542/peds.2013-2958
29. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*. 2022;23(sup1):S1-S259. doi:10.1080/26895269.2022.2100644
30. Rew L, Young CC, Monge M, Bogucka R. Review: Puberty blockers for transgender and gender diverse youth—a critical review of the literature. *Child and Adolescent Mental Health*. 2021;26(1):3-14. doi:10.1111/camh.12437

31. Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS. Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. *PLoS ONE*. 2022;17(1). doi:10.1371/journal.pone.0261039
32. Lavender R, Shaw S, Maninger JK, et al. Impact of Hormone Treatment on Psychosocial Functioning in Gender-Diverse Young People. *LGBT health*. 2023;(101616707). doi:10.1089/lgbt.2022.0201
33. Achille C, Taggart T, Eaton NR, et al. Longitudinal impact of gender-affirming endocrine intervention on the mental health and well-being of transgender youths: preliminary results. *International journal of pediatric endocrinology*. 2020;2020(101516111):8. doi:10.1186/s13633-020-00078-2
34. Chen D, Berona J, Chan YM, et al. Psychosocial Functioning in Transgender Youth after 2 Years of Hormones. *The New England journal of medicine*. 2023;388(3):240-250. doi:10.1056/NEJMoa2206297
35. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(11):3869-3903. doi:10.1210/jc.2017-01658
36. Horton C. "I Was Losing That Sense of Her Being Happy"—Trans Children and Delaying Social Transition. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal*. 2022;18(2):187-203. doi:10.1080/27703371.2022.2076002
37. Horton C. "It felt like they were trying to destabilise us": Parent assessment in UK children's gender services. *International Journal of Transgender Health*. 2023;24(1):70-85. doi:10.1080/26895269.2021.2004569
38. Horton C. Experiences of Puberty and Puberty Blockers: Insights From Trans Children, Trans Adolescents, and Their Parents. *Journal of Adolescent Research*. 2024;39(1):77-103. doi:10.1177/07435584221100591
39. BBC. Transgender patients could face years-long wait for NHS treatment. <https://www.bbc.com/news/uk-68602939>. Published March 20, 2024. Accessed May 8, 2024.
40. Rose E. bricks that built bodies. *Transsexual Heretic*. Published February 28, 2023. Accessed May 10, 2024. <https://eliottrose.substack.com/p/bricks-that-built-bodies>
41. Horton C. The Cass Review: Cis-supremacy in the UK's approach to healthcare for trans children. *International Journal of Transgender Health*. 2024;0(0):1-25. doi:10.1080/26895269.2024.2328249
42. Lamé G. Systematic Literature Reviews: An Introduction. *Proceedings of the Design Society: International Conference on Engineering Design*. 2019;1(1):1633-1642. doi:10.1017/dsi.2019.169
43. Taylor J, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. Characteristics of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. Published online April 9, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326681
44. Hall R, Taylor J, Hewitt CE, et al. Impact of social transition in relation to gender for children and adolescents: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. Published online April 9, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326112
45. Heathcote C, Taylor J, Hall R, et al. Psychosocial support interventions for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. Published online April 9, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326347
46. Taylor J, Mitchell A, Hall R, et al. Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. Published online April 9, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326669
47. Taylor J, Mitchell A, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. Masculinising and feminising hormone interventions for adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. Published online April 9, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326670
48. Taylor J, Hall R, Langton T, Fraser L, Hewitt CE. Care pathways of children and adolescents referred to specialist gender services: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. Published online April 9, 2024. doi:10.1136/archdischild-2023-326760
49. Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006;30(6):718-729. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.06.001

50. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*.
51. Stern C, Lizarondo L, Carrier J, et al. Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBI Evidence Synthesis*. 2020;18(10):2108-2118. doi:10.11124/JBISRIR-D-19-00169
52. Urquhart E. Methods Change Raises New Questions of Bias in Cass Review. Assigned. Accessed May 8, 2024. <https://www.assignedmedia.org/breaking-news/york-preregistration-turban-mmat-nos>
53. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011;64(4):401-406. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015
54. Alexander PE, Bero L, Montori VM, et al. World Health Organization recommendations are often strong based on low confidence in effect estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2014;67(6):629-634. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.09.020
55. Meng M, Zhou Q, Lei W, et al. Recommendations on Off-Label Drug Use in Pediatric Guidelines. *Front Pharmacol*. 2022;13. doi:10.3389/fphar.2022.892574
56. Williams CM, Maher CG, Latimer J, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;384(9954):1586-1596. doi:10.1016/S0140-6736(14)60805-9
57. Luo X, Liang Y, Hou L, Wu W, Ying Y, Ye F. Long-term efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone analog treatment in children with idiopathic central precocious puberty: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Endocrinology*. 2021;94(5):786-796. doi:10.1111/cen.14410
58. Prasad V. Hospitals that reinstate universal masking with flimsy surgical masks are anti-science. Published December 26, 2021. Accessed May 1, 2024. <https://www.drvinayprasad.com/p/hospitals-that-reinstating-universal>
59. Prasad V. The only real solution to vaccine skepticism: We need more randomized trials and a new phase IV safety system. Published December 26, 2021. Accessed May 1, 2024. <https://www.drvinayprasad.com/p/the-only-real-solution-to-vaccine>
60. Ashley F, Tordoff DM, Olson-Kennedy J, Restar AJ. Randomized-controlled trials are methodologically inappropriate in adolescent transgender healthcare. *International Journal of Transgender Health*. 2023;0(0):1-12. doi:10.1080/26895269.2023.2218357
61. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. 2022;15(5):778-790. doi:10.1002/aur.2696
62. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, et al. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(1):177-192. doi:10.1007/s00787-021-01884-6