



Afirmación de género y evidencia en torno al suicidio: Aportes para el debate público

Por: Tomás Ojeda, Mariana Gaba, Isidora Paiva-Mack, Rodrigo Sierra Rosales, Débora Fernández y Alemka Tomicic

En abril pasado se publicó el [informe Cass](#): una revisión extensa sobre el estado de la atención de género afirmativa que reciben niñxs y adolescentes trans y de género no conforme, comisionada por el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra. El informe intentó comprender las razones que explicarían el cambio en el perfil demográfico de quienes consultan en los servicios e identificar cuál sería el mejor enfoque clínico que respondería a sus necesidades. Junto con ello, la doctora Hillary Cass y su equipo revisaron el estado de la evidencia en torno al uso de intervenciones médicas y no médicas, concluyendo que el nivel de certeza que se tiene respecto de sus efectos y beneficios en menores de edad es bajo.

La publicación del informe tuvo repercusiones a nivel global. En Chile, por ejemplo, el MINSAL emitió la [Circular N° 7](#) instruyendo a la red de salud pública que *difirieran* los nuevos ingresos de adolescentes que quieran iniciar sus tratamientos con bloqueadores puberales y de terapia hormonal cruzada. En junio pasado, el Ministerio de Salud convocó a representantes de las sociedades científicas del país con experiencia en el trabajo con personas trans y sus familias, para constituir un Panel de Expertxs que contribuya con la elaboración de “lineamientos técnicos” que orienten la prestación de terapia hormonal género afirmativa en adolescentes. Además, la Cámara de Diputadas y Diputados aprobó la conformación de una [Comisión Investigadora](#) sobre el funcionamiento de los programas de salud trans del país. En esta comisión se espera escuchar a expertxs de la sociedad civil y la academia, así como a los testimonios de usuarixs del sistema y sus familias.

Si bien el foco de la discusión ha estado sobre los aspectos médicos de la atención género afirmativa, otra de las dimensiones del debate ha girado en torno a las problemáticas de salud mental de las personas trans, entre ellas el suicidio, y su relación con el acceso a la salud afirmativa.

A raíz de la publicación del informe Cass, algunos medios de prensa, columnistas y activistas han difundido información que afirma que no existiría evidencia concluyente que permita dar cuenta del impacto positivo que tiene la atención de género afirmativa en el bienestar de las personas trans y no binarias. Entre las descuidadas y desprolijas afirmaciones que han circulado recientemente, se ha sugerido que la evidencia en torno al suicidio, en tanto problema de salud pública trans-específica, ha sido utilizada como “amenaza” y, por ende, como estrategia coercitiva por parte del “activismo trans” con el fin de “obligar” o “empujar” a padres, madres y/o redes familiares para que apoyen la transición de sus hijxs. Más que querer contribuir a un debate serio y cuidadoso sobre el suicidio, estas publicaciones instalan dudas sobre la evidencia disponible en torno al tema y la relación que existe entre suicidalidad y diversos estresores sociales, como lo son la falta de apoyo familiar, las barreras de acceso a la salud, la discriminación y desafirmación de género, entre otros.

Si bien el uso e interpretación de la epidemiología sobre suicidio hay que evaluarla en su mérito atendiendo a la ética del *caso a caso*, nos preocupa que—respecto de las discusiones actuales en torno a la salud de género afirmativa—se relativice la evidencia que existe en relación a este riesgo de salud. Y, con ello, que se desestime el impacto de intervenciones e iniciativas legislativas que buscan prohibir, restringir o negar el derecho a la salud que tienen las personas LGBTQIA+.

Para contribuir a una discusión responsable y basada en la evidencia, en este ensayo nos proponemos abordar tres temas: 1) revisaremos parte de la evidencia en torno al complejo fenómeno del suicidio, prestando atención a la singularidad de la experiencia de las vidas trans, un conjunto social particularmente vulnerable en Chile; 2) situaremos la discusión en relación al informe Cass, contextualizando sus principales hallazgos y críticas; 3) analizaremos la relación que existe entre intervenciones género afirmativas, particularmente de tipo médicas, y la mortalidad por suicidio, discutiendo críticamente algunos usos políticos que se han hecho de la evidencia revisada en el informe. Esto último, a nuestro juicio, atentaría contra el derecho a la salud de las personas trans, no binarias y de género diverso.



Créditos de la foto: Tomás Ojeda

SUICIDIO Y POBLACION TRANS

El suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional, en el que influyen factores socioeconómicos, culturales, sociales y geográficos (Institute of Medicine, 2022; OPS, 2022). Además de los trastornos en salud mental, otros factores de riesgo que se asocian al suicidio son las experiencias de pérdidas, los sentimientos de soledad, la discriminación, los quiebres amorosos, los problemas financieros, enfermedades y dolor crónico, violencia, abuso y emergencias sanitarias (OMS, 2023). Se destaca que el principal factor de riesgo es haber tenido un intento de suicidio previo (OPS, 2021). En un estudio realizado en Chile, se observó que el riesgo de presentar sintomatología depresiva grave es casi el triple en las personas con escaso apoyo social (Jiménez-Molina et al., 2021); por el contrario, un importante predictor de resiliencia es contar con dicho apoyo (Simon et al., 2021).

La OMS (2023) y la ONU (2016) reconocen que existen grupos específicos que tienden a encontrarse en situación de mayor vulnerabilidad. Por ejemplo, mujeres e infancias, jóvenes, personas adultas mayores, migrantes, personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex, no binarias, de género no conforme y otros grupos pertenecientes a la diversidad y disidencia sexual y de género. La vulnerabilidad agravada no se explica únicamente con relación a la pertenencia a uno de dichos grupos ni a una relación causa-efecto entre dos o tres factores, sino por la interacción de dinámicas sociales complejas que potencian los factores de riesgo previamente mencionados.

Las desigualdades y disparidades en salud mental de las personas LGBTIQ+ se explican por una combinación de factores que, si no se abordan de manera integral, contribuyen al malestar emocional y al estrés crónico. ¿Cuáles son esos factores?

Por un lado, están los factores descritos por el modelo de estrés de minorías, el cual permite comprender cuáles serían los determinantes sociales que inciden de manera negativa sobre los indicadores de salud mental de las personas. Entre ellos se incluye la victimización, la violencia LGBTIQ+ odiante, la discriminación, la invalidación y desafirmación de género, entre otros (Martínez et. al., 2018; Meyer, 2003; Testa et. al., 2015). Por otro lado, están aquellos factores producidos por la falta de capacitación de profesionales de la salud sobre las necesidades específicas de las personas LGBTIQ+, la falta de voluntad política para mejorar la forma en que se prestan los servicios, la falta de seguimiento y evaluaciones de los servicios públicos, y las construcciones socioculturales sobre la diversidad y disidencia sexual y de género que promueven el estigma, la patologización y las barreras de acceso a la atención médica (Martínez, Tomicic y del Pino, 2019; Tomicic et. al., 2016).

En una revisión sistemática, [liderada por Lauren Bochicchio](#), sobre los factores que inciden en la suicidalidad¹ de adolescentes trans, los análisis muestran una relación consistente entre las conductas suicidas, la sintomatología depresiva, victimización por razones de género, acoso y la falta de apoyo de padres, madres y cuidadores. Asimismo, la evidencia internacional señala que la prevalencia de intentos de suicidio en la población trans es entre un 23% y 50% más alta que las de sus pares cisgénero ([Klein y Golub, 2016](#); [Moody y Grant, 2013](#); [Peterson et al., 2017](#); [Tucker, 2019](#)), lo cual se relaciona con la experimentación sistemática de violencia, discriminación y no reconocimiento. Estas experiencias afectan la salud mental de las personas trans a nivel estructural (p.e., estigmas sociales), interpersonal (p.e., estigma familiar) e individual (p.e., estigma internalizado) ([Reisner et al., 2016](#); [Scandurra et al., 2018](#); [Hughto-White et al., 2015](#)).

Además de lo anterior, la evidencia es clara al mostrar que el apoyo familiar y de pares, y el sentido de pertenencia a un grupo social se asocian a menor malestar psicológico e ideación suicida ([Tan et al., 2020](#)). Una revisión sistemática sobre conductas y pensamientos autolesivos fue realizada con 78 estudios publicados entre los años 2007 y 2023 en 16 países con una muestra total de 322.144 participantes, liderada por [Katherine Bird en 2024](#). En esta revisión se encontró que los principales factores protectores en población trans y de género diverso son el apoyo social, entornos escolares seguros, uso de nombre social, experiencias de no discriminación en el sistema de salud y contar con políticas gubernamentales de protección.

A nivel nacional, las evidencias estadísticas durante la pandemia de COVID-19 confirman la especial condición de vulnerabilidad de la población trans y LGBTIQ+ en general. Respeto de esta última, el [reporte sobre salud mental LGBTIQ+](#) desarrollado en conjunto por investigadorxs del Movimiento por la Diversidad Sexual (MUMS), la Universidad Alberto Hurtado (UAH) y la Universidad Católica del Norte (UCN), arrojó que 5 de cada 10 hombres pensó en suicidarse y 2 de ellos lo intentaron; 7 de 10 mujeres pensaron en suicidarse y 3 de ellas lo intentaron; mientras que 7 de 10 personas trans y no binarias pensaron en suicidarse, habiéndolo intentado 4 de ellas (Ulloa, 2020). Por su parte, la Red Nacional de Oficinas de Diversidad, Inclusión y No Discriminación demostró que los altos niveles de malestar psicoemocional de la población LGBTIQ+ estuvieron asociados a la interrupción de tratamientos médicos, tales como los tratamientos hormonales para las personas trans, y al regreso forzoso a hogares en los

¹ La suicidalidad comprende un amplio espectro de manifestaciones, que incluyen tanto la ideación suicida, la elaboración de un plan y la obtención de los medios para concretarlo, como el intento de suicidio y perder la vida por esta causa.

que la discriminación y no reconocimiento era habitual (Red Diversa, 2020). Últimamente, se han dado a conocer parte de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género (ENSSEX) 2022-2023, la cual contó con una muestra de 20.932 personas encuestadas y cuya proyección poblacional es de 13.584.610 personas residentes en el país. A partir del informe desarrollado por Fundación Todo Mejora, con la colaboración de algunas organizaciones de la sociedad civil, sabemos que existe una diferencia significativa en la prevalencia de ideación y/o planificación suicida entre las personas LGBTIQ+ versus las personas heterosexuales cisgénero, que va desde un 39,7% a un 16%, respectivamente ([Todo Mejora, 2024](#)). Esto último no sólo confirma la presencia del fenómeno en el país, sino también la necesidad de no generar barreras de salud y promover factores protectores para su prevención.

EL INFORME CASS

Retomando lo señalado en la introducción, resulta importante distinguir dos expresiones que suelen usarse de manera intercambiable: por una parte, hablaremos de la “revisión Cass” y por otra del “informe Cass”. La “revisión Cass”, que lleva el nombre de la investigadora principal del proyecto, la pediatra Hillary Cass, es una investigación extensa sobre el estado de la atención de salud que reciben niñas y adolescentes trans y de género no conforme en el sistema de salud inglés.² La revisión, que se extendió por cuatro años, publicó sus principales hallazgos en un informe de 388 páginas que se hizo disponible a fines de abril de este año y que ha tenido un impacto global ([Cass, 2024](#)).

¿Cuál es el alcance del informe y cuáles son sus principales recomendaciones? El informe es un documento de interés para todxs quienes trabajan en el campo de la salud y los derechos humanos. Debe ser leído en referencia a su contexto de origen y con relación al diagnóstico local al que intenta responder. Es importante mencionar que el informe no es una guía clínica ni un manual de trabajo. A diferencia de las revisiones sistemáticas de literatura de las que extrae sus conclusiones, el informe no es una publicación científica ni fue sometido al sistema de revisión de pares. Asimismo, no produce nueva evidencia ni da cuenta de evidencia alguna de daños causados por la

² Quienes quieran profundizar en el informe, les recomendamos leer este documento de análisis preliminar elaborado por lxs investigadores [Tomás Ojeda y Rodrigo Sierra](#), donde discuten los elementos de contexto de Reino Unido que permiten comprender el origen de la revisión Cass, así como algunas de las cuestiones de corte analítico del informe mismo que son relevantes de considerar al momento de interpretar sus recomendaciones.

transición social y el uso de tratamientos médicos como los bloqueadores de la pubertad y las hormonas sexuales cruzadas.

La revisión Cass concluye que el nivel de certezas que tenemos respecto de los efectos y beneficios del uso de bloqueadores y hormonas masculinizantes/feminizantes es “bajo”, lo cual no quiere decir que la evidencia sea mala o que las intervenciones sean dañinas. Que la evidencia sea de “baja calidad” significa que no es posible establecer relaciones de causalidad entre beneficios e intervenciones. Es más, existen intervenciones en medicina pediátrica que se siguen ejecutando con niveles de certeza “bajos”, así como lo es la evidencia respecto del uso de [bloqueadores de pubertad para niñxs cisgénero con pubertad precoz](#), sin que por ello dejemos de practicarlas.

El informe promueve una evaluación de tipo holística e individualizada, que permita diseñar un plan de acompañamiento que involucre a las familias, los equipos de especialistas y lxs niñxs y adolescentes. En este sentido, y pese a los prejuicios que existen sobre el tratamiento de género afirmativo, la auditoría que realizó Cass y su equipo a los servicios de identidad género que operan en Inglaterra no encontró evidencia que apoyara la creencia de que lxs pacientes reciben tratamiento médico de manera precipitada y apurada: la mayoría de las personas esperan en promedio 2-3 años para ser atendidas ([Apéndice 8, Informe Cass](#)). Una vez que avanza la lista de espera, asisten a un promedio de 6,7 sesiones de evaluación, y una vez que logran ser derivadxs a endocrinología esperan varios meses más para recién iniciar el tratamiento. Este es un hallazgo importante del informe que ha sido poco difundido: el énfasis suele estar en la supuesta prisa y no en las listas de espera o en el número de sesiones requeridas para evaluar la idoneidad de lxs pacientes para iniciar el tratamiento.

Con todo, el informe Cass sugiere desarrollar mejor evidencia en torno a los efectos de las intervenciones médicas en el campo de la salud trans para disponer de un sistema de atención que sea seguro y eficaz. Mientras esto ocurra, Cass recomienda que los bloqueadores de la pubertad se administren solo en el contexto de un ensayo clínico, el cual, hasta la fecha, no ha sido implementado.



Crédito de la foto: Franco Fuica

Pese a que el informe final fue recibido positivamente por la prensa tradicional y organizaciones opositoras a los derechos de las personas trans, paulatinamente han ido apareciendo análisis críticos de profesionales de amplia y reconocida trayectoria en el campo de la salud trans, las ciencias sociales y la epidemiología. Estos han mostrado de

manera contundente algunas de las deficiencias metodológicas que adolece el informe, así como también los excesos interpretativos en los que incurren quienes usan el documento para avanzar sus propias agendas anti-derechos.

El pediatra Max Davie y la psicóloga clínica Lorna Hobbs ([2024](#)) resumieron las principales críticas de la siguiente forma:³ 1) la revisión Cass minimiza los beneficios de las intervenciones médicas; 2) ignora los daños potenciales de no ofrecer tratamiento; 3) hace un uso inapropiado de las revisiones sistemáticas referidas a intervenciones no médicas;⁴ 4) exagera los supuestos daños de la transición social y médica; 5) afirma de forma incorrecta que la mayoría de lxs adolescentes trans “superan” o “resuelven” su disforia de género en la adolescencia; 6) no considera la expertise de quienes trabajan en salud trans ni la de quienes son expertxs por experiencia; 7) deslegitima las identidades trans y sólo se refiere a las infancias trans en términos médicos y diagnósticos (p.e., *niñxs con disforia de género*).⁵

LA RELATIVIZACION DE LA EVIDENCIA EN TORNO AL SUICIDIO

En este contexto, distintas personas y agrupaciones opositoras a los derechos de las personas trans y no binarias han contribuido a relativizar la evidencia que existe respecto de los índices de suicidalidad que les afectan, con opiniones expuestas en medios de comunicación y redes sociales. Muchas de ellas específicamente derivadas de una lectura desinformada e irresponsable de las revisiones sistemáticas que alimentaron la escritura de las recomendaciones finales del informe Cass. Columnistas, activistas, medios de prensa y periodistas en Reino Unido, Estados Unidos y Chile, entre otros

³ Ellxs, a su vez, se basan en el análisis [crítico](#) que realiza el científico y epidemiólogo Gideon Mayerowitz-Katz (2024b).

⁴ El informe prioriza los acompañamientos psicológicos como alternativa sin ofrecer evidencia para ello. Tal como señalan las críticas conducidas por investigadores de la Universidad de Yale (McNamara et al., 2024), y los análisis de Davie y Hobbs (2024), y Mayerowitz-Katz (2024b), el equipo a cargo de realizar las revisiones sistemáticas (Universidad de York) utilizó una medida de evaluación de la calidad de la evidencia de intervenciones psicosociales completamente diferente de la que usaron para evaluar la evidencia sobre terapias hormonales y uso de bloqueadores de la pubertad. Además de ello, no excluyeron los estudios de baja calidad, como sí lo hicieron en las otras revisiones, lo cual se considera como una desviación significativa del protocolo. El equipo de la revisión Cass no explicó las razones que justificaron dicha decisión metodológica. Esto último ha sido omitido convenientemente en la cobertura que realizan algunos medios, columnistas y grupos opositores a la salud trans.

⁵ La socióloga e investigadora especialista en salud trans Ruth Pierce profundiza en ésta y otras críticas al informe Cass en el capítulo del podcast [Red Medicine](#).

países, han afirmado que Cass no habría encontrado evidencia concluyente que diera cuenta del impacto positivo que tienen las prácticas de género afirmativas, como el uso de bloqueadores puberales u hormonas cruzadas, sobre el bienestar psicosocial de las personas.

Sin embargo, sabemos que el hecho de que la evidencia no sea concluyente no significa que no existan mejoras ni positividad asociada al efecto de determinadas intervenciones en salud. O como refiere el equipo de la Universidad de Yale ([McNamara et al., 2024](#)): que algunos estudios no muestren cambios en algunos índices de salud mental indica, más bien, *estabilidad* y no que no existen efectos. Y la estabilidad es un indicador relevante en el corto plazo, especialmente para el caso de adolescentes trans que podrían experimentar angustia significativa en ausencia de tratamiento.

La mejor evidencia hasta hoy sugiere que el uso de bloqueadores puberales sí tiene un impacto positivo en los índices de salud mental de las personas. El problema son el tipo de preguntas que se le formulan a la evidencia para evaluar su impacto. Por ejemplo, y como bien saben quienes trabajan en el campo de la salud trans, los bloqueadores puberales *por sí solos* no disminuyen los índices de disforia de género ([McNamara et al., 2024](#)). Tal como señala Cal Horton ([2024](#)), “los bloqueadores no hacen que lxs adolescentes trans se sientan mágicamente mejor respecto de sus características sexuales primarias”.⁶ Estos medicamentos son efectivos para detener el desarrollo de las características inducidas por la pubertad que podrían afectar negativamente el bienestar psicosocial de lxs adolescentes trans. Por sí solos no *curan* ni *reducen* la disforia.

Publicaciones recientes que han criticado al informe Cass coinciden en señalar que la misma evidencia revisada en relación con la salud de género afirmativa sí mostró mejoras en los indicadores de suicidalidad, depresión y ansiedad. El problema es que dichas conclusiones no fueron incorporadas en las recomendaciones finales del informe ([Grijseels, 2024](#); [McNamara et al., 2024](#); [Noone et al., 2024](#)). Por ejemplo, las [revisiones sistemáticas](#) conducidas por investigadores de la Universidad de York con relación al uso de terapia de reemplazo hormonal o supresión puberal, encontraron una serie de estudios calificados como de calidad “alta y moderada” según los estándares de Cass que sí mostraron una asociación positiva entre hormonoterapia y bienestar psicológico. Todos estos estudios documentaron mejoras en los índices de disforia de género,

⁶ Las características sexuales primarias son los órganos sexuales presentes al nacer. Las características sexuales secundarias son aquellos rasgos físicos no genitales que aparecen en la pubertad (p.e. desarrollo de los senos, el tono de la voz, el crecimiento de vello facial, etc.).

satisfacción corporal, depresión, ansiedad, funcionamiento psicológico, suicidalidad y autolesiones. Ninguno de ellos dio cuenta de evidencia “consistente” de daños.

Otro de los estudios que suele utilizarse como argumento para desestimar los beneficios de la salud de género afirmativo en los índices de suicidalidad es uno realizado recientemente en Finlandia ([Ruuska et al., 2024](#)). Dicha investigación ha sido ampliamente criticada por investigadores del campo de la medicina y epidemiología, tales como Meredith McNamara ([2024](#)) y Gideon Meyerowitz-Katz ([2024a](#)), incluyendo [respuestas](#) publicadas en la misma revista. Por una parte, el estudio utiliza datos que pertenecen a una época anterior a que existiera la categoría diagnóstica de “disforia de género” (la cual aparece recién en el manual DSM-5 el año 2013). Es decir, el estudio finlandés incluyó personas en la muestra que no eran trans, sino que niñxs cuyos comportamientos eran más bien de género no tradicional o no conforme (*afeminados o masculinas*, respectivamente). Pese a eso, los mismos resultados del estudio dan cuenta de una reducción de, al menos, dos tercios en el riesgo de suicidio, lo cual dista bastante de cómo estos se han comunicado y los usos interesados que se han hecho de ellos ([Meyerowitz-Katz, 2024a](#)).

¿Cuál sería, entonces, la intención de citar este estudio finlandés o de omitir las críticas al informe Cass en la cobertura que hacen los medios y la prensa? Pareciera que el fin es ante todo promover la prohibición o mayor restricción al acceso a una alternativa de salud para la cual no existe evidencia de daños sistemáticos atribuibles, especialmente cuando se realiza bajo supervisión médica y con apoyo familiar. Resulta importante reforzar que el informe Cass no arroja evidencia alguna sobre daños sistemáticos y, por tanto, no debiese ser utilizado como evidencia de supuestos males que no aparecen en las recomendaciones. Por ejemplo, el informe ha sido utilizado políticamente para justificar la prohibición y criminalización del uso de bloqueadores de la pubertad para adolescentes trans menores de 18 años en Inglaterra, Escocia y Gales,⁷ y en casi 10 estados de Estados Unidos. Al promover mayores restricciones a la atención de género afirmativa, corremos el riesgo de contribuir al [estrés, incertidumbre y angustia de adolescentes trans y sus familias](#), quienes han visto amenazadas la continuidad y disponibilidad de sus tratamientos.

⁷ La prohibición a población trans, no binaria y de género no conforme es claramente discriminatoria y motivada ideológicamente ya que dicha medida no aplica para niñxs cisgénero que utilizan bloqueadores para tratar la pubertad precoz.



Crédito de la foto: [Nikolas Gannon](#) en Unsplash.

INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y RESPONSABILIDAD CIUDADANA

Para prevenir el suicidio es importante poder hablar al respecto de forma segura y franca. El proyecto *Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes* (Imhay) es claro en advertir acerca de los cuidados que hay que tener respecto de las palabras que usamos para referirnos a este tema. Se recomienda evitar promover visiones que estigmaticen las conductas suicidas y que las difundan como una opción más para afrontar los problemas (IMHAY, 2022). Por su parte, la difusión adecuada de información y la toma de conciencia son esenciales para su prevención. Es relevante informar que el suicidio es una problemática global frente a la cual debemos evitar caer en el sensacionalismo, las caricaturas o utilizar datos imprecisos o anecdóticos (IMHAY, 2022).

En este objetivo, el uso responsable de la evidencia es fundamental, más aún cuando disponemos de un cuerpo de literatura robusto que la respalda y que nos advierte respecto de los riesgos a los que se ven expuestos algunos grupos minorizados. En ese sentido, es labor de los medios, las políticas públicas, y lxs profesionales de la salud facilitar la información y volverla accesible para así prevenir daños que son evitables. Ese horizonte ético y de cuidado lo comparten todas las personas que trabajan en salud, no sólo quienes trabajan desde un enfoque de género afirmativo.

En ese contexto, esperamos que la discusión en torno a la evidencia sobre atención de género afirmativa, salud mental y bienestar se realice de manera responsable y atendiendo a los trabajos recientes que hemos citado en este ensayo, sin olvidar que, respecto del suicidio, Chile tiene una experiencia de investigación sólida y socialmente comprometida, de la que podemos seguir aprendiendo.

Sobre lxs autores:

Tomás Ojeda: Doctor en Estudios de Género e investigador postdoctoral de la Universidad de Lausanne.

Mariana Gaba: Psicóloga, académica Universidad Diego Portales.

Isidora Paiva Mack: Psicóloga, investigadora y docente Escuela de Psicología Universidad Adolfo Ibáñez.

Rodrigo Sierra Rosales: Psiquiatra infantojuvenil e investigador, Universidad de British Columbia (UBC).

Débora Fernández Cárcamo: Filósofa, investigadora y activista trans, Universidad Andrés Bello.

Alemka Tomicic: Académica Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales.

REFERENCIAS

Bird, K., Arcelus, J., Matsagoura, L., O'Shea, B. A., & Townsend, E. (2024). Risk and protective factors for self-harm thoughts and behaviours in transgender and gender diverse people: A systematic review. *Heliyon*, 10(5). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26074>

Bohicchio, L., Reeder, K., Aronson, L., McTavish, C., & Stefancic, A. (2021). Understanding Factors Associated with Suicidality Among Transgender and Gender-Diverse Identified Youth. *LGBT health*, 8(4), 245–253. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0338>

Cass, H. (2024). Independent review of gender identity services for children and young people: Final report. Disponible en: https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf

Davie, M. & Hobbs, L. (2024). Cass: the good, the bad, the critical. Disponible en: https://web.archive.org/web/20240818182417/https://docs.google.com/document/d/e/2PACX-1vOXUWs7GU9FX02LypDp9YltRfmtRVAAn9L9CIdKuuU2kHqz_z2BBttO3nJD4Wsau5EIHuHiapFCOTO5/pub

Grijseels, D. M. (2024). Biological and psychosocial evidence in the Cass Review: A critical commentary. *International Journal of Transgender Health*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2362304>

Hughto-White, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms and interventions. *Social Science & Medicine*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>

IMHAY guía cómo hablar del suicidio de forma segura. Disponible en: <https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2022/01/C%C3%B3mo-hablar-del-suicidio-en-forma-segura.pdf>

Institute of Medicine (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative* [Internet]. 1st edition. National Academies Press. Disponible en: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/10398/reducing-suicide-a-nationalimperative>

Jiménez-Molina, Á., Reyes, P., y Rojas, G. (2021): “Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile”, en *Revista Médica de Chile* 149(4), 533-542. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000400533&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Horton, C. (2024). Gender dysphoria and puberty blockers. Disponible en: <https://growinguptransgender.com/2024/06/28/gender-dysphoria-and-puberty-blockers/>

Klein, A. & Golub, S.A. (2016). Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health*, 3(3), 193-199. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0111>

McNamara, M., Baker, K., Connelly, K., Janssen, A., Olson-Kennedy, J., Pang, Ken C., Scheim, A., Turban, J. & Alstott, A. (2024). An Evidence-based Critique of the Cass Review. Disponible en: https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf

Martínez, C., Tomicic, A., Gálvez, C., Rodríguez, J. Rosenbaum, C., Aguayo, F. (2018). *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+: Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental*. Disponible en: https://cepps.udp.cl/wp-content/uploads/2018/05/GuaLGBT2018_FinalDigital.pdf

Martínez, C., Tomicic, A. & Del Pino, S. (2019). *Disparidades y barreras de acceso a la salud en personas LGBTI en Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2019*. Disponible en: https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/09_Disparidades_y_barreras_de_acceso_a_la_salud_mental_en_personas_LGBTI.pdf

Mayerowitz-Katz, G. (2024a). Does Gender Affirming Care Reduce Suicide Rates for Young People with Gender Dysphoria? Disponible en: <https://gidmk.substack.com/p/does-gender-affirming-care-reduce>

Mayerowitz-Katz, G. (2024b). *The Cass Review into Gender Identity Services for Children*. Disponible en: <https://gidmk.substack.com/p/the-cass-review-into-gender-identity>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2023). Implementación de Estrategias de Prevención del Suicidio. Resumen de Evidencia para Políticas. Disponible en: https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/08/04-08-2023-Estrategias-de-P-revención-del-Suicidio_-Resumen-de-evidencia-para-política.pdf

Moody, Ch., y Grant, N. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, 42,739–752. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>

MUMS, UAH y UCN. (2020). Redes de apoyo social y salud psicológica en personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero y otras orientaciones sexuales e identidades de género no normativas (LGTB+) durante la pandemia del COVID-19 en Chile. Disponible en: <http://mums.cl/wp-content/uploads/2020/07/Reporte-Salud-Mental-LGBT-COVID-19-Chile-v1.1.pdf>

Noone, C., Southgate, A., Ashman, A., Quinn, É., Comer, D., Shrewsbury, D., ... McLamore, Q. (2024, Junio 11). Critically Appraising the Cass Report: Methodological Flaws and Unsupported Claims. <https://doi.org/10.31219/osf.io/uhndk>

Organización de las Naciones Unidas (2016): Vivir Libres e Iguales: Qué están haciendo los Estados para abordar la Violencia y Discriminación contra las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersex. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/LivingFreeAndEqual_SP.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014 [Internet]. Pan American Health Organization; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53628>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). Suicide Prevention [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/fr/node/72968>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). Salud mental del adolescente. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). Suicide. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Peterson, C., Matthews, A., Copps-Smith, E., & Conard, L.A. (2017). Suicidality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475-482. <https://doi.org/10.1111/sltb.12289>

Red Nacional de Oficinas de Diversidad, Inclusión y No Discriminación (julio de 2020). Informe de resultados 1era encuesta nacional para la comunidad LGBTIQ+ y disidencias sexogénicas de Chile frente a la pandemia.

Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*, 388(10042), 412-436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)

Ruuska S.M., Tuisku K., Holttinen T. & Kaltiala, R. (2024). All-cause and suicide mortalities among adolescents and young adults who contacted specialised gender identity services in Finland in 1996–2019: a register study. *BMJ Mental Health*, 27,1–6. Disponible en: <https://mentalhealth.bmj.com/content/ebmental/27/1/e300940.full.pdf>

Scandurra, C., Bochicchio, V., Amodeo, A.L., Esposito, C., Valerio, P., Maldonato, N.M., Bacchini, D., y Vitelli, R. (2018). Internalized Transphobia, Resilience, and Mental Health: Applying the Psychological Mediation Framework to Italian Transgender Individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 508-527. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030508>

Simon, J., Helder, T.M., White, R.G., Van der Boor, C. & Łaszewska, A. (2021). Impacts of the Covid-19 lockdown and relevant vulnerabilities on capability well-being, mental health and social support: an Austrian survey study. *BMC Public Health* 21, 314. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33557816/>

Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M., & Veale, J. F. (2020). Enacted stigma experiences and protective factors are strongly associated with mental health outcomes of transgender people in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Transgender Health*, 22(3), 269–280. <https://doi.org/10.1080/15532739.2020.1819504>

Testa, R.J., Habarth, J., Peta, J.; Balsam, J., & Bockting, W.O. (2015). Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers*, 2, 65–77. <https://doi.org/10.1037/sgd0000081>

Todo Mejora (2024). Análisis Temático de la ENSSEX 2022-2023: Enfoque en Salud, Educación Sexual y Experiencias de Violencia en la Población LGBTIQ+. Santiago, Chile. Disponible en: <https://www.todomejora.org/media/pages/bibliodiversa/analisis-tematico-de-la-enssex-2022-2023/10e9ff0652-1721676644/analisis-tem-enssex-22-23.pdf>

Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., y Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile* 144(6), 723–733. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n6/art06.pdf>

Tucker, R.P. (2019). Suicide in Transgender Veterans: Prevalence, Prevention, and Implications of Current Policy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 452-468. <https://doi.org/10.1177/1745691618812680>

Ulloa, F. (2020). Comunicación oral. Presentación en “La casa es a veces la boca del lobo”. Oficina de Equidad e Inclusión, UChile.