

**INFORME DE *AMICUS CURIAE* DEL DR. PAUL MCHUGH ANTE LA PETICIÓN
DE COSTA RICA PARA OBTENER UNA OPINIÓN CONSULTIVA DE PARTE
DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS**

OC-24/COSTA RICA

Santiago de Chile

07 de Febrero de 2017

PRESENTACIÓN

El Estado Costarricense ha enviado una petición a la Corte a fin de obtener una opinión consultiva en relación a la cuestión de qué protecciones son debidas bajo la Convención Americana sobre Derechos Humanos respecto de individuos que se identifican a sí mismos como transgénero o transexuales. Como Costa Rica señala en su petición, se “desea presentar una serie de interrogantes, con el objetivo de contar con una interpretación de la Corte IDH acerca de la determinación del *contenido de la categoría* de discriminación por orientación sexual e identidad de género”. (destacado es nuestro).

El *Amicus*, Dr. McHugh, es médico cirujano, y ostenta el título de *University Distinguished Service Professor* de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins. Desde 1975 y hasta 2001 el Dr. McHugh ocupó la posición de profesor de psiquiatría en la cátedra Henry Phipps, y fue el director del Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales de Johns Hopkins. Al mismo tiempo, ejercía labores como psiquiatra en jefe del Hospital Clínico de Johns Hopkins. Su experticia académica abarca cuestiones de identidad de género y orientación sexual. En 2016 co-escribió un reporte especial de la Revista *THE NEW ATLANTIS*, una publicación periódica dedicada a la tecnología y la sociedad, titulado “Sexualidad y Género. Descubrimientos de las Ciencias Sociales, Biológicas y Psicológicas”.

El Dr. McHugh se presenta ante la Corte como un *amicus* a fin de pronunciarse en relación al conocimiento científico actualizado sobre la naturaleza y causas de las orientaciones sexuales no heterosexuales, la identidad sexual y la identidad de género. Todos estos factores parecen ser altamente relevantes para la cuestión de si la Corte ha de mantener su posición previamente adoptada en el sentido de que la identidad de género y la orientación sexual califican como “otra condición social” bajo la Convención, así como también la cuestión de si estas condiciones constituyen la base del contenido específico de los derechos que Costa Rica estima como existentes en este caso. El estado actual del conocimiento científicamente afianzado aconseja contra la clasificación de la identidad de género y la orientación sexual como “otras condiciones sociales” bajo los términos de la Convención¹.

¹ Existe una cuestión procedimental de relevancia en cuanto a si la Corte debiera de conocer y pronunciarse sobre la petición de Costa Rica. Tan recientemente como en el 2016, la Corte ha afirmado los criterios bajo los cuales optará por rechazar una petición de opinión consultiva, incluyendo aquellos casos en que la petición busque “*obtener un pronunciamiento prematuro sobre un tema o cuestión que pueda ser eventualmente sometido al conocimiento de la Corte a través de un caso contencioso*” o cuando ella está siendo utilizada de modo de obtener “*un instrumento a ser utilizado en un debate político interno.*” (Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de Junio 23, 2016 en relación a la petición de opinión consultiva presentada por el Secretario General de la OEA, considerando sexto). Ambos estándares se ven implicados en este caso. Primero, es altamente probable que las cuestiones que Costa Rica plantea serán sometidas al conocimiento contencioso de la Corte en el futuro próximo, pues ya hay casos relaciones dentro del sistema, y por lo mismo, un pronunciamiento en esta oportunidad mediante una opinión consultiva constituirá un pronunciamiento prematuro. En segundo lugar, la Asamblea Legislativa de Costa Rica está actualmente discutiendo dos propuestas legislativas que lidian con las preguntas presentadas por el Estado a la Corte. Estas son las propuestas Nº19.841 de una “ley para el reconocimiento de la identidad de género e igualdad ante la ley”, ingresada a la asamblea el 25 de enero de 2016, y la propuesta Nº 16.390 de “ley de uniones civiles de Costa Rica”, también pendiente ante el mismo órgano legislador. Ambas propuestas se encuentran directamente vinculadas a las preguntas número 1 y 2, respectivamente.

I. INTRODUCCIÓN.

En su presentación Costa Rica da por sentado que, a partir de los precedentes de la Corte, la categoría de “identidad de género” ha sido admitida como una de aquellas protegidas al alero del artículo 1.1 de la Convención y, por ende, esta admisión presuntivamente otorga a aquellos que pertenecen a la categoría en cuestión algunas protecciones cuyo contenido específico no ha sido expresamente afirmado ni por la Corte en el pasado, ni por Costa Rica en su presentación.

El *Amicus* está consciente de que la Corte ha abordado y considerado en su decisión del caso *Atala Riffo e Hijas* que la orientación sexual es una categoría especialmente protegida bajo el artículo 1.1 de la Convención, y que la misma conclusión fue luego ratificada en las sentencias de los casos *Duque v. Colombia* y *Flor Freire v. Ecuador*. Sin embargo, a pesar de que la Corte mencionó a la pasada en estos casos el concepto de “identidad de género”, ello constituye *obiter dictum*, y no un efectivo juicio de la Corte. Ninguno de los casos mencionados lidiaba con la cuestión de la identidad de género. Y dado las significativas e incuestionables diferencias de especie que existen entre la identidad de género y la orientación sexual, no es aceptable ni correcto sostener que lo concluido en relación a una de las categorías pueda inmediatamente predicarse de la otra, como veremos.

Dadas las discusiones que este informe aborda en torno al género, la identidad de género y la orientación sexual, así como las distinciones entre ellas, parece claro que el confundir y mezclar la orientación sexual y la identidad de género (tratándolas como si ellas constituyeran un fenómeno idéntico o común) ignora las distinciones radicales entre ambos conceptos. En efecto, la Corte no ha mostrado en el pasado ninguna forma de análisis de cómo es que ha llegado a la conclusión de que estos términos califican como “otra condición social” bajo el artículo 1.1 de la Convención². Más aún, la desconcertante ambigüedad, la incertidumbre en torno a los límites conceptuales, y las complejidades de la evidencia empírica en relación a estas categorías de la subjetividad humana aconsejan contra su consagración como categorías legalmente protegidas, y más aún contra su consideración como fundamento de pretensiones de derechos humanos.

Este informe no toma posición en torno a la definición apropiada de la orientación sexual ni de la identidad de género; tampoco lo hace respecto de las causas precisas que determinan cómo es que la sexualidad recibe o adopta su orientación o por qué la identidad sexual o de género de un individuo llega a ser incongruente con su realidad corporal; ni lo hace en relación al mejor curso de acción para el tratamiento de aquellos individuos que han sido diagnosticados con lo que ahora es conocido como disforia de género. El informe reconoce, precisamente, que estas son cuestiones sujetas al escrutinio académico y a un debate vigente, estando fuera de los poderes o competencia de la Corte el zanjarlos en forma autoritativa. Y porque su situación se encuentra aún en un estado de incertidumbre, sería poco prudente y sabio de parte de la Corte el mantener su conclusión de que la

² Esta omisión crea el riesgo de “transformar el texto convencional en algo banal e irrelevante, lo que puede derivar en la impresión errada de que las decisiones sobre el alcance de las normas contenidas en la Convención dependen en gran medida del arbitrio de la Corte. (Ariel Dulitzky, El principio de igualdad y no discriminación. Claroscuros de la jurisprudencia interamericana, p. 18, <http://www.anuariocdh.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewFile/13452/13720>.) Porque se encuentra en interés de la Corte y de su continua legitimidad el entregar el razonamiento más detallado posible para sus decisiones, es indispensable que visite nuevamente esta cuestión, en un caso que sea apropiado y susceptible de ser resuelto siguiendo las reglas procesales aplicables.

orientación sexual califica como “otra condición social” para efectos del artículo 1.1 de la Convención; incluir a la “identidad de género” bajo el mismo concepto; o tomar partido y buscar zanjar si acaso la “transición social” y afirmación del género preferido por el individuo –de lo cual el cambio de nombre es uno de los elementos– es beneficioso para quienes han sido diagnosticados con disforia de género.

Las conclusiones recogidas acá y presentadas ante la Corte son todas parte de los hallazgos presentados en el informe de “Sexualidad y Género,” documento de co-autoría por parte del *Amicus* para la revista THE NEW ATLANTIS. El informe en sí ofrece en forma detallada y cuidadosa un resumen y explicación de gran parte de los más acuciosos descubrimientos producidos por las ciencias biológicas, psicológicas y sociales en torno a la orientación sexual e identidad de género, hasta la fecha.

II. EL ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO EN RELACIÓN A LA NATURALEZA DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y LA ORIENTACIÓN SEXUAL COMO FENÓMENOS HUMANOS.

1. IDENTIDAD DE GÉNERO.

Las causas de la identificación cruzada de género siguen estando pobremente entendidas. La investigación que ha analizado si los individuos transgénero tienen ciertas características psicológicas o experiencias comunes con el sexo opuesto –como, por ejemplo, estructuras cerebrales distintivas o una exposición hormonal prenatal atípica– han probado ser inconclusa a la fecha. La disforia de género –una sensación de incongruencia entre el sexo biológico propio y el género, acompañada de una angustia o discapacidad clínicamente significativa– es a veces tratada en adultos por medio de hormonas o intervenciones quirúrgicas, a pesar de la escasísima evidencia científica que demuestre que estas intervenciones terapéuticas conllevan beneficios psicológicos. La ciencia ha mostrado que las dudas de identidad de género en niños no suelen persistir hacia la adolescencia y adultez, y existe poco sustento en la evidencia científica para afirmar que exista un valor terapéutico en el uso de tratamientos que atrasen la pubertad. Nos preocupa que exista una creciente tendencia en el sentido de alentar a los niños que presentan cuestionamientos sobre su identidad de género a “transicionar” hacia su género preferido por medio de procedimientos hormonales y luego quirúrgicos. Existe una clara necesidad de más investigación en ésta área.

El género, la identidad de género y el sexo son conceptos distintivos que no deben ser confundidos ni mezclados³ pues ellos representan categorías que son conceptual y legalmente distintas. El concepto del sexo biológico se encuentra bien definido, basándose en los roles binarios masculinos/macho y femeninos/hembra que están en juego en la reproducción⁴. En contraste, el

³ Mencionamos esto a propósito del hecho que la Corte ha incurrido en el uso del concepto de “género” en forma intercambiable con “sexo”, ignorando el texto expreso del artículo 1.1 de la Convención, en el contexto de la emisión de su Opinión Consultiva sobre la Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados, Serie A OC-18/03, párrafo 101.

⁴ Por lo mismo no es sorprendente que la definición dada por la Real Academia Española de la Lengua adopta esta aproximación en cuanto entiende y define el sexo en términos de una condición orgánica, masculina o femenina, de los animales (como el animal humano) y de las plantas. No existe una definición explícita del concepto del sexo en la Convención o en otro tratado aplicable. No

concepto de género no se encuentra bien definido. Se entiende en general que se refiere a los comportamientos y atributos psicológicos que tienden a ser típicos para un sexo determinado. Algunos individuos se identifican con un género que no es el que se corresponde con su sexo biológico.

Existe una tendencia emergente –en relación a la noción de que la orientación sexual corresponde a un atributo innato e inmutable del ser humano– según la cual la identidad de género –el sentido interno y subjetivo de ser un hombre o una mujer (o alguna otra categoría de género)– es en sí una característica fija desde el nacimiento o al menos desde una muy temprana edad, que puede naturalmente divergir del sexo biológico de una persona. En el caso de los niños, esta ideación se suele articular señalando que un pequeño niño puede encontrarse atrapado en el cuerpo de una pequeña niña, o viceversa.

Argumentaremos aquí que existe escasa evidencia científica que avale que la identidad de género se fije en forma definitiva al nacer o en la temprana infancia. A pesar de que el sexo biológico es innato, y que la identidad de género y el sexo biológico se relacionan de maneras complejas, ellos no son idénticos; el género a veces se define o expresa de formas que tienen poco o nulo fundamento biológico.

A fin de explorar la diferencia conceptual entre “sexo” y “género”, miremos en dirección a una definición ampliamente aceptada y utilizada, ideada por la Asociación Americana de Psicología. *“El sexo es designado en el nacimiento y se refiere al estatus biológico del individuo como macho o hembra, estando asociado primariamente con los atributos físicos como los cromosomas, la prevalencia hormonal, y la anatomía interna y externa. El género se refiere a los roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos y que una sociedad determinada considera como apropiados para los niños y hombres y para las niñas y mujeres. Ellos influyen las formas en que las personas actúan, interactúan, y se sienten respecto de sí mismos. Mientras los aspectos del sexo biológico son similares a lo largo y ancho de distintas culturas, los aspectos del género pueden variar.”*⁵

Esta definición apunta al hecho evidente de que existen normas sociales para hombres y mujeres que varían a lo largo y ancho de las culturas y que no están simplemente determinados por la biología. Pero ella va un paso más allá en cuanto sostiene que el género es enteramente una “construcción social” y por lo mismo se encuentra completamente separada del sexo biológico.

Tal vez el pináculo de lo que podemos denominar la teoría de género de “flotación libre” (o “a la deriva”) se encuentra en el trabajo de la teórica feminista Judith Butler en sus obras *“Gender Trouble: Feminism and the subversión of identity”* (1990) y en *“Undoing Gender”* (2004). Butler promueve la tesis que ella describe como una “teoría de la performatividad”, bajo la cual el ser una mujer o un hombre no es algo que uno sea sino que algo que uno hace. “El género no es ni el resultado

parece existir lugar a dudas de que “el sentido corriente que haya de atribuirse a los términos del tratado en el contexto de éstos y teniendo en cuenta su objeto y fin” (Artículo 31.1 de la Convención de Viena del Derecho de los Tratados) en relación al sexo es aquel que estamos utilizando acá.

⁵ American Psychological Association, “Answers to Your Questions About Transgender People, Gender Identity and Gender Expression” (panfleto), <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>

causal del sexo ni se encuentra tan fijo como el sexo”, como ella misma señala⁶. En realidad, el género sería un estatus construido, radicalmente independiente de la biología y los atributos corporales, “un artificio a la deriva, con la consecuencia de que hombre y masculino fácilmente pueden significar tanto un cuerpo femenino como masculino, así como mujer y femenino pueden significar con igual facilidad un cuerpo masculino como uno femenino”⁷.

Esta noción, en que el género y, por ende, la identidad de género, son fluidos y plásticos, y no necesariamente binarios, se ha vuelto prominente en la cultura popular de un tiempo a esta parte. Un ejemplo de esto es la decisión de Facebook en el año 2014 de incluir 56 nuevas formas para que los usuarios pudieran describir su género, en adición a las opciones de hombre y mujer. Como lo explicara Facebook, las nuevas alternativas permitirían al usuario “sentirse cómodo siendo su verdadero y auténtico yo,” una parte importante de lo cual es “la expresión de su género”⁸. Las nuevas opciones incluyen a los agéneros, distintas variaciones de las expresiones cis- y trans-, género fluido, género cuestionado, ninguno, otro, pangénero, y dos-espíritus⁹.

Sea que Judith Butler tenga razón o no en describir a los roles de género tradicionales de hombres y mujeres como “performativos,” su teoría del género como un “artificio de flotación libre o a la deriva” parece describir la nueva taxonomía del género. En la medida de que estos términos se multiplican y sus significados se vuelven cada vez más individualizados, vamos a la vez perdiendo todos los conjuntos de criterios comunes bajo los cuales definir qué significa cada distinción de género. Si el género se encuentra completamente separado del binario del sexo biológico, *el género puede llegar a referirse a cualquier distinción en conducta, atributos biológicos, o caracteres psicológicos, y cada persona puede tener un propio género definido por una combinación única de las características que esa persona en concreto posee o presenta*. Esta reducción al absurdo se ofrece para presentar la posibilidad de que definir el género en términos demasiado amplios o laxos puede llevar a que el concepto y su definición pierdan todo sentido.

Esta idea ha sido ciertamente importante en la conformación del movimiento feminista y su empuje hacia la reforma o eliminación de los roles tradicionales de género, y se ha solidificado en esos mismos círculos durante la segunda mitad del siglo veinte. Pero, no obstante lo extendida y popular de la noción, debe notarse que *esta idea en sí misma no es más ni menos que una teoría*, sin que ella sea la única conceptualización posible en torno al género.

Una vez admitido que el género puede ser concebido como distinto del sexo, puede de la misma forma considerarse que su configuración se entrelaza con el sexo biológico. La identidad de género puede conceptualizarse en esta línea como los rasgos y comportamientos típicamente vinculados a un sexo, de tal forma que el ser un niño varón significa comportarse en las formas que

⁶ Judith Butler, *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (London: Routledge, 1990), 7.

⁷ *Ibíd.*, 6.

⁸ Facebook Diversity” (sitio web),

<https://www.facebook.com/facebookdiversity/photos/a.196865713743272.42938.105225179573993/567587973337709/>.

⁹ Will Oremus, “Here Are All the Different Genders You Can Be on Facebook,” *Slate*, February 13, 2014, http://www.slate.com/blogs/future_tense/2014/02/13/facebook_custom_gender_options_here_are_all_56_custom_options.html.

los niños típicamente se comportan, como por ejemplo al participar de juegos bruscos y expresar un interés en los deportes o un gusto prevalente por las armas de juguete antes que por las muñecas. Pero esto implicaría que aquel niño que gusta de jugar con muñecas, odia las armas, y se abstiene de participar en juegos deportivos o bruscos podría ser considerado como una niña, *en vez de simplemente un niño que representa una excepción al patrón típico de comportamiento masculino*. La capacidad para reconocer excepciones a los comportamientos sexualmente-típicos descansa sobre un entendimiento de la masculinidad (en cuanto a lo que es propio del ser macho biológico) y de la femineidad (en cuanto a lo que es propio del ser hembra biológica) que es independiente de los comportamientos estereotípicos y sexualmente apropiados. La base subyacente de la masculinidad y la femineidad es la distinción entre los *roles reproductivos* de los sexos; en los mamíferos como los humanos, la hembra sostiene en su interior a las crías durante el proceso de gestación y el macho fertiliza a la hembra. Más universalmente, el macho de la especie fertiliza a los óvulos que son proporcionados por la hembra de la misma especie. Esta premisa conceptual de los roles sexuales es binaria y estable, y nos permite distinguir a los machos de las hembras sobre la base de sus *sistemas reproductivos*, incluso cuando esos individuos exhiben comportamientos que no son típicos de los machos o de las hembras¹⁰, según sea el caso.

En el campo de la biología, un organismo es macho o hembra según la forma en que esté estructurado orgánicamente para la realización de su respectivo rol en el proceso de la reproducción. Esta definición no exige en forma arbitraria ninguna característica física o comportamiento que sea medible o cuantificable; simplemente requiere un entendimiento básico del sistema reproductivo y del proceso de reproducción. Distintos animales tienen distintos *sistemas reproductivos*, pero la reproducción sexual ocurre cuando las células sexuales de un macho y de una hembra de la misma especie se fusionan de manera tal que forman un embrión recién fertilizado. Son estos roles reproductivos los que proporcionan la base conceptual para la diferenciación de los animales en dos categorías biológicas: macho y hembra. No existe ningún otro criterio ampliamente aceptado y reconocido para la clasificación de los sexos. Incluso cuando los sistemas reproductivos se encuentran de alguna forma deteriorados o dañados a tal punto que no logran cumplir su fin o realizar su función, subsiste de todas formas el hecho de que *existe un sistema orgánico reconociblemente estructurado para la realización de uno de dos roles*, de forma que el sexo biológico aún puede definirse de forma estricta en cuanto a la estructura del sistema reproductivo presente en cada ser individualmente considerado.

¹⁰ Dos ejemplos ilustran este punto. En el reino animal, los pingüinos emperadores son conocidos por el hecho de que los machos proveen mayores cuidados a los huevos que las hembras, por lo que, en este sentido, el macho puede ser descrito como más maternal que la hembra. Sin embargo, a partir de su estructuración biológica es que podemos reconocer que el macho no es por esto una hembra, sino que la especie en cuestión representa una excepción a la tendencia general, pero no universal, de que las hembras proporcionen la mayoría de los cuidados a las crías. Reconocemos esto porque el comportamiento sexualmente típico no define el sexo, sino que el rol del individuo en el proceso de reproducción, en atención a su estructura orgánica. El segundo ejemplo proviene de la especie humana. Existen casos aparentes de ruptura con los comportamientos sexualmente típicos. Uno de ellos es el de Thomas Beatie, que nació y es biológicamente mujer, pero que realizó un cambio quirúrgico en su cuerpo para parecer hombre –pero sin remover sus órganos reproductivos internos–, junto con cambiar legalmente su nombre y sexo. Hizo noticia por tener 3 hijos entre 2008 y 2010, siendo tratado en los medios como un caso de un hombre pariendo bebés. A diferencia del caso de los pingüinos, los actos de Beatie no son ejemplares de un comportamiento maternal o femenino atípico a las tendencias. Su habilidad para tener niños gestados al interior de su cuerpo no representa una excepción a la incapacidad masculina para gestar niños pues, pese a los cambios legales y de percepción, Beatie sigue siendo una hembra, y eso lo sabemos en atención a su estructura orgánica.

Hasta este punto hemos aclarado que existen al menos dos marcos conceptuales para entender lo que es el género y los elementos que forman parte de su configuración. Estas concepciones en contienda son parte de una discusión e indagatoria académica plenamente vigente, que en sí no ha sido zanjada por la comunidad internacional de Estados por medio de una fuente de derecho que sea aplicable en el caso de marras. En efecto, no existe ningún tratado internacional que exija a los Estados conceptualizar el género en la forma sugerida por la Asociación Americana de Psicología. Por el contrario, el único tratado internacional vigente que hace referencia al género es el Estatuto del Corte Criminal Internacional, que específicamente señala que a efectos del tratado *“el término “género” se refiere a los dos sexos, masculino y femenino, en el contexto de la sociedad. El término “género” no tendrá más acepción que la que antecede.”* (artículo 7.3 del Estatuto de Roma). Tampoco se trata de una cuestión que pueda ser zanjada por la Corte Interamericana, pues no es parte de los poderes de la Corte realizar juicios definitivos y autoritativos a efectos de zanjar disputas teóricas de la psicología, la filosofía o la antropología, y sin que esta cuestión sea una de hecho que pueda ser dilucidada. Cuando mucho, y a falta de que exista un acto de autoridad de los Estados para zanjar el asunto –ya sea que se haga a nivel de la comunidad internacional o en el plano doméstico–, *ambas concepciones del género son igualmente aceptables en el presente y ninguna de las dos puede ser preferida por la Corte para efectos de una conceptualización excluyente en su análisis jurídico en torno al género y a la identidad de género.*

Si asumimos a fin de argumentar que la identidad de género es en sí un derecho subjetivo, la articulación del mismo y la *determinación de su contenido* –que es el objetivo de la petición de Costa Rica– y deslindes depende en gran medida de la concepción que adopte cada Estado sobre la pregunta de qué es el género y, por ende, qué implica o abarca la identidad de género. Bien puede ser el caso que si un Estado decide incorporar el reconocimiento del género y de la identidad de género en su legislación doméstica –siendo que esto no ha sido el caso desde una perspectiva histórica, con los Estados mostrando un interés exclusivamente en el reconocimiento y registro del sexo pero no del género, y en atención a la importancia del primero en la adopción de políticas públicas–, haga esto bajo una de las dos concepciones en disputa, sin que la elección de una por sobre la otra implique una violación del derecho internacional, y del derecho internacional de los derechos humanos en particular. Y todo esto asumiendo que el derecho internacional exige de hecho que los Estados adopten una forma de reconocimiento legal del género como una categoría jurídica específica, cuestión que no es clara.

EL CASO PARTICULAR DE LOS INDIVIDUOS INTERSEXUALES.

Cuando se aborda la cuestión de la identidad de género y la disforia de género, es común notar la equivocación frecuente de incluir como parte de una misma categoría la situación de quienes pueden ser descritos como “intersexuales”, significando que su anatomía sexual es ambigua, a menudo por razón de anormalidades genéticas. Por ejemplo, tanto el clítoris como el pene se derivan de las mismas estructuras embrionales. Un infante puede exhibir un clítoris anormalmente grande o un pene anormalmente pequeño, ocasionando una dificultad –no una imposibilidad– para determinar su sexo biológico incluso por mucho tiempo después del nacimiento.

A diferencia de las personas que se identifican a sí mismas como transgénero y que pueden o no ser diagnosticados con disforia de género, los individuos intersexuales deben su condición a una ocurrencia física que se manifiesta a sí misma en algún nivel corporal del individuo. Los individuos transgénero, en cambio, no están afectados de ninguna manera por una condición de carácter físico, y su convicción personal de pertenecer al o ser parte del sexo o género opuesto (o incluso a otros géneros posibles) es fruto de una situación puramente psíquica o mental, sin que exista duda o ambigüedad alguna en términos de su sexo biológico o físico.

El primero artículo académico en utilizar el término “género” parece ser el ensayo de 1955 del profesor de psiquiatría de la Universidad Johns Hopkins, Dr. John Money, sobre el tratamiento de los niños “intersexuales” (que en aquél entonces eran llamados hermafroditas)¹¹. El Dr. Money se volvió prominente a consecuencia de su teoría de que la identidad de género, al menos en lo que a los niños concierne, es fluida y susceptible de ser construida con prescindencia del sexo. Él consideraba que lo único que se requería para que el niño se identificara con el género escogido para él o ella era la construcción de genitales sexualmente-típicos por medio de cirugía y la creación de un ambiente género-apropiado para el menor. El género escogido para sus pacientes solía ser femenino; una decisión que no estaba basada en la biología o la genética, sino que en el hecho de que en aquel entonces resultaba más fácil construir quirúrgicamente una vagina, en vez de un pene.

El paciente más notorio del Dr. Money fue David Reimer, un niño que no nació con una condición intersexual, pero cuyo pene fue dañado durante un intento de circuncisión en su temprana infancia. Reimer fue criado como niña por sus padres a recomendación del Dr. Money, quien suministró tanto el tratamiento hormonal como la cirugía constructiva. Sin embargo, los intentos por ocultar estos hechos a Reimer no fueron exitosos, y él de todas formas se identificaba a sí mismo como un niño. A la edad de 14 años su psiquiatra tratante recomendó a sus padres que le dijeran la verdad. Al conocerla, David inició un difícil proceso de reversión de las hormonas y la cirugía usada para feminizar su cuerpo. Con todo, David siguió atormentado por las ordalías de su infancia, lo que lo llevó a quitarse su vida en el año 2004, a los 38 años de edad.

David Reimer es tan sólo un ejemplo del daño que puede ocasionarse al llevar a la práctica teorías de que la identidad de género puede ser reasignada social y medicamente en los niños. Los investigadores Reiner y Gearhart realizaron un estudio de seguimiento de la identidad sexual de 16 pacientes masculinos diagnosticados con extrofia cloacal, una condición que involucra genitales y vejiga severamente deformados. Catorce de estos pacientes fueron designados como pertenecientes al sexo femenino al nacer, y recibieron cirugía para la construcción de una vagina, siendo criados como niñas. *De los 16 pacientes, sólo 5 persistieron en su designación como parte del sexo femenino. Dos de los pacientes pasaron a identificarse como hombres, pero continuaron siendo criados como mujeres por sus padres, quienes rechazaron las declaraciones y posiciones manifestadas por sus hijos*¹².

¹¹ John Money, “Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings,” *Bulletin of the John Hopkins Hospital* 95, no. 6 (1955): 253–264, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14378807>.

¹² William G. Reiner and John P. Gearhart, “Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth,” *New England Journal of Medicine*, 350 (Enero 2004): 333–341, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa022236>.

Los hallazgos de Reiner y Gearhart parecen indicar que el género no es arbitrario; sugiere que un macho o hembra biológico probablemente no se identificará con el género opuesto a su sexo luego de haber sido alterado físicamente e inmerso en un ambiente género-típicamente correspondiente al que se ha escogido para él o ella. La plasticidad del género parece tener límites.

INDIVIDUOS TRANSGÉNERO Y LA DISFORIA DE GÉNERO.

Fijamos ahora nuestra mirada en los individuos transgénero –niños y adultos– que han escogido identificarse como de un género distinto al correlativo de su sexo biológico, y exploraremos el significado de la identidad de género en este contexto y lo que la literatura científica puede decirnos acerca de su desarrollo.

Como ya hemos señalado, mientras que el sexo biológico es –con escasísimas excepciones que confirman la regla– un rasgo binario y bien definido (macho o hembra) que se corresponde con la forma en que el cuerpo en particular está organizado para participar de la función procreativa, la identidad de género es en cambio un atributo más subjetivo. Para la mayoría de las personas, es probable que su propia identidad de género no sea una cuestión de la cual se encuentren significativamente preocupados; la mayor parte de los machos biológicos se identifican como niños u hombres, y la mayoría de las hembras biológicas se identifica como niña o mujer. Pero algunos individuos experimentan una incongruencia entre su identidad de género y su sexo biológico. Si esta dificultad los lleva a buscar ayuda profesional, entonces su problema es clasificado como una “disforia de género”.

Los casos de disforia de género que suelen encontrarse en el centro de las discusiones públicas son aquellos en que los individuos se han llegado a identificar con un género distinto de aquél correlativo a su sexo biológico. Estas personas son a menudo identificados, y se describen a sí mismos, como “transgénero”. Nosotros usamos generalmente el término para referirnos a personas para quienes existe una incongruencia entre la identidad de género que entienden que poseen y ostentan y su sexo biológico. Usamos el término transexual en cambio para referirnos a los individuos que se han sometido a intervenciones médicas para transformar su apariencia física de manera que ella corresponda de mejor forma con la propia de su género preferido. El término coloquial más familiar para describir esta clase de intervenciones médicas que transforman la apariencia de los individuos puede ser el de “cambio de sexo” (o en el caso de la cirugía, “operación de cambio de sexo”), pero este no es comúnmente utilizado en la literatura especializada vigente. Siendo cierto que ningún término simple para estos procedimientos resulta satisfactorio, en este informe usamos los términos comúnmente usados de reasignación de sexo o de cirugía de reasignación de sexo, excepto en aquellos casos en que la fuente que se está citando use la expresión de “reasignación de género” u otra.

De acuerdo a la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría (“DSM-V” en sus siglas en inglés), la disforia de género es reconocida por la “incongruencia entre el género que cada uno experimenta/expresa y su género designado,” junto con

“angustia o impedimentos en los ámbitos sociales, ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento.”¹³

Es importante aclarar que la disforia de género no es lo mismo que la disconformidad de género o el desorden de identidad de género (DIG). La disconformidad de género describe a un individuo que se comporta de una manera contraria a las normas género-específicas asociadas a su sexo biológico. Como el DSM-V nota, la mayoría de los travestis, por ejemplo, no son transgénero. Estos hombres que se visten como mujeres en forma típica no se identifican a sí mismos como mujeres, sino que como hombres¹⁴. (Sin embargo, ciertas formas de travestismo pueden estar asociadas con disforia de género de desarrollo tardío¹⁵.)

La Asociación Americana de Psiquiatría (“APA” según sus siglas en inglés) ya no acepta el diagnóstico de desorden de identidad de género, que solía ser el diagnóstico psiquiátrico reconocido en las ediciones anteriores. Pero el criterio diagnóstico que era utilizado en relación con el DIG todavía sigue siendo parte del nuevo diagnóstico de Disforia de Género, que es reconocido por la “*marcada incongruencia entre el género que cada uno experimenta/expresa y su género designado*”¹⁶. Pero, a diferencia de los antiguos diagnósticos de DIG, la disforia de género requiere adicionalmente que el paciente experimente “*angustia o impedimento clínicamente significativo en los ámbitos sociales, ocupacionales, o en otras áreas importantes del funcionamiento*” asociada con estos sentimientos de incongruencia¹⁷. Por lo tanto, para la APA, no todos los individuos que se identifican a sí mismos como transgénero padecen de un desorden psiquiátrico, puesto que el diagnóstico sólo se realiza respecto de quienes sufren ansiedad o impedimentos a consecuencia de su incongruencia.

Como vemos aquí, en la psiquiatría contemporánea, no todos los individuos que se identifican como transgénero presentan un desorden psiquiátrico. El elemento distintivo y determinante en el diagnóstico es que el individuo experimente ansiedad psicosocial debido a la incongruencia. El diagnóstico puede ser parte de los criterios a utilizar para justificar el uso de intervenciones clínicas (como sería el caso de cirugías o el uso de hormonas sexuales cruzadas). E incluso en aquellos casos en que el paciente se ha sometido a las intervenciones clínicas, el diagnóstico de disforia puede persistir por todo el tiempo en que subsista la ansiedad. *Es la naturaleza del conflicto experimentado por el individuo la que define el desorden, y no el hecho de que el género expresado difiera del sexo biológico.*

No existe ninguna evidencia científica de que todas las personas transgénero tengan a la vez disforia de género, o que se encuentren en conflicto con sus identidades de género. Algunos individuos que no son transgénero –esto es, quienes no se identifican con el género que no se corresponde con su sexo biológico– pueden de todas formas estar en conflicto con su identidad de

¹³ American Psychiatric Association, “Gender Dysphoria,” Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quinta Edición [en adelante DSM-V] (Arlington, Va.: American Psychiatric Publishing, 2013), 452, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm14>.

¹⁴ *Ibid.* 458.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*, 452

¹⁷ *Ibid.*

género; por ejemplo, niñas que se comportan en algunos aspectos con formas que son típicamente masculinas pueden experimentar distintas formas de ansiedad o angustia sin que lleguen jamás a identificarse como niños. A la inversa, algunos individuos que sí se identifican con un género que no se corresponde con su sexo biológico pueden nunca experimentar ansiedad o angustia que sea clínicamente relevante, en relación a su identidad de género. Incluso si, por ejemplo, tan sólo el 40% de los individuos que se identifican con un género que no se corresponde con su sexo biológico experimentan angustia relevante en atención a su identidad de género, esto constituiría una cuestión de salud pública que exigiría al personal clínico y otros actuar de forma tal de dar soporte y atención a quienes padecen disforia de género y, siendo posible, reducir la tasa de disforia de género en la población. No existe evidencia que sugiera que el otro 60% en esta hipótesis –esto es, los individuos que se identifican con un género distinto del que corresponde a su sexo biológico pero que no experimentan ninguna clase de malestar por ello– requieran tratamiento clínico *de ningún tipo*.

A pesar de que el concepto del DSM-V puede estar bien intencionado, exige de todas formas un escrutinio crítico y posibles futuras modificaciones. En su forma actual, la noción subjetiva de “experimentar” el género propio como incongruente con el sexo biológico sigue siendo vaga y confusa. No logra explicar en su paradigma a los individuos que se auto-identifican como transgénero pero que no experimentan disforia asociada con su identidad de género y que buscan atención psiquiátrica para disfunciones de operatividad por problemas desvinculados de su identidad de género como, por ejemplo, ansiedad social o depresión (comorbilidad). Esto puede llevar a un errado diagnóstico o etiquetado de su condición como disforia de género, cuando en realidad la condición no se encuentra presente, y las condiciones clínicas que sí existen no tienen relación con la identidad de género.

¿QUÉ CAUSA LA INCONGRUENCIA DE GÉNERO EN LOS INDIVIDUOS?

En tiempos recientes se ha sugerido que la razón de por qué algunos individuos desarrollan una identidad personal que es incongruente con el sexo biológico se debe a su fisiología en particular. En 2013, Robert Sapolsky, un profesor de biología en la Universidad de Stanford, publicó un artículo altamente popular en el *Wall Street Journal* titulado “Atrapado entre Macho y Hembra,” en el que sugería que los cerebros de los adultos transgénero pueden tener estructuras más similares a los cuerpos que corresponderían a sus identidades de género que a sus sexos biológicos¹⁸. En ese entonces Sapolsky concluyó su argumento señalado que “algunas personas nacen en cuerpos cuyo género es distinto de lo que realmente son”¹⁹.

Este tipo de teoría neurobiológica permanece fuera de las corrientes científicas dominantes, pero esto no ha impedido que haya recibido mucha atención científica y popular en el último tiempo. Una explicación de este tipo se vuelve particularmente atractiva para explicar la identificación de género cruzado en individuos que no exhiben ninguna anomalía genética, hormonal, o psicosocial conocida. Sapolsky puede estar en lo correcto respecto de su teoría, pero en este momento en el

¹⁸ Robert Sapolsky, “Caught Between Male and Female,” *Wall Street Journal*, Diciembre 6, 2013, <http://www.wsj.com/articles/SB10001424052702304854804579234030532617704>.

¹⁹ *Ibid.*

tiempo existe escaso sustento científico para su hipótesis, y por lo mismo exige mayor consideración científica a futuro.

Al tiempo de escribir estas líneas, existen varios pequeños estudios que intentan definir factores causales de la experiencia de incongruencia entre el sexo biológico y el género sentido. Vamos a referirnos brevemente a cada uno de ellos.

1. La genetista y psicóloga Nancy Segal²⁰ (2006) especula, en base a su observación de dos sets de gemelos en que solo una de las hermanas se identificaba como un transgénero Mujer-a-Hombre (MaH), que esto puede deberse al hecho de una exposición prenatal desigual a andrógenos; pero su estudio no ofrece evidencia alguna para sostener esta afirmación²¹. Ella concluye “es poco probable que el transexualismo esté asociado a un gen relevante, pero sí es probable que esté asociado a múltiples influencias genéticas, epigenéticas, de desarrollo y experienciales”²². Estos dos estudios de casos, pese a ser informativos, no son científicamente fuertes o robustos, y no proveen evidencia directa para ninguna hipótesis de causación acerca de los orígenes de la identificación de género atípica.
2. Los psiquiatras J. Michael Bostwick y Kari A. Martin²³ (2007) entregan información a través de un estudio de casos de un individuo intersexual nacido con genitales ambiguos, que fue operado y criado como mujer. El estudio es inadecuado para realizar inferencias causales directas, y carece de todo poder estadístico dado que tiene una muestra de un solo caso. Los autores señalan que “ausente una psicosis o una patología de carácter severa, las aserciones subjetivas del paciente son en el presente el estándar más confiable para delinear el núcleo de la identidad de género”²⁴. Pero no es claro cómo es que podemos considerar las aserciones subjetivas como más confiables en establecer la identidad de género, a menos que se defina la identidad de género como un fenómeno enteramente subjetivo. El grueso del artículo en cuestión se aboca a describir las variadas formas objetivamente discernibles e identificables en que la identidad masculina o femenina se ve grabada en el sistema nervioso y endocrino. Incluso cuando ocurre un problema con el desarrollo de los genitales externos, los individuos son más propensos a actuar conforme a su constitución hormonal y cromosómica²⁵.
3. Giuseppina Rametti y sus colegas (2011) de varios centros de investigación en España²⁶ usaron Imágenes de Resonancia Magnética (IRM) para estudiar las *estructuras cerebrales* de 18 transexuales MaH que exhibían disconformidad de género tempranamente en sus vidas y

²⁰ Nancy Segal, “Two Monozygotic Twin Pairs Discordant for Female-to-Male Transsexualism,” *Archives of Sexual Behavior* 35, no. 3 (2006): 347–358, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-006-9037-3>.

²¹ *Ibid.*, 354.

²² *Ibid.*, 356

²³ J. Michael Bostwick y Kari A. Martin, “A Man’s Brain in an Ambiguous Body: A Case of Mistaken Gender Identity,” *American Journal of Psychiatry*, 164 no. 10 (2007): 1499–1505, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040587>.

²⁴ *Ibid.*, 1504.

²⁵ *Ibid.*, 1503-1504.

²⁶ Giuseppina Rametti et al., “White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study,” *Journal of Psychiatric Research* 45, no. 2 (2011): 199–204, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.05.006>.

experimentaron atracción sexual hacia mujeres con anterioridad a sus tratamientos hormonales. El estudio usó grupos de control y observó que existían diferencias en las microestructuras de materia blanca en regiones cerebrales específicas. En el caso de los transexuales MaH sin tratamiento, la estructura era más similar a la de los heterosexuales masculinos que a la de las mujeres heterosexuales en tres de cuatro regiones cerebrales²⁷. Un estudio complementario fue realizado en base a 18 transexuales Hombre-a-Mujer (HaM). Estos transexuales HaM tenían promedios de materia blanca en sus tractos que caía dentro del promedio de los sujetos de control tanto masculinos como femeninos en varias regiones cerebrales. Los valores eran, sin embargo, típicamente más cercanos a los machos con los que compartían su sexo biológico²⁸. En definitiva, los descubrimientos de estos estudios no apoyan en forma suficiente la noción de que los individuos transgénero tienen estructuras cerebrales más semejantes a la que correspondería a su género preferido que al género que se corresponde con su sexo biológico. Están limitados en su relevancia por el tamaño de sus muestras de estudio y la falta o ausencia de una hipótesis prospectiva, puesto que ellos miraron a los datos de las IRM a fin de encontrar diferencias y luego de ello vieron cómo cabían los datos de los individuos transgénero en los datos recogidos.

4. Emilio Santarnecchi, investigador de la Universidad de Siena y de la Universidad de Florencia (2012), realizó un estudio de IRM para analizar las *funciones cerebrales*, examinando las diferencias relacionadas al género en la actividad cerebral espontánea durante los estados de descanso²⁹, mediante la comparación de un solo individuo transexual MaH en relación a 25 hombres y 25 mujeres. El individuo mostró “un perfil de actividad cerebral más semejante al de su sexo biológico propio que al deseado,” y basándose en parte en este resultado los autores concluyen que “un individuo MaH sin tratamiento muestra un perfil de conectividad funcional comparable a los sujetos de control femenino”³⁰. Pero con una muestra estadística de un solo individuo, este estudio tiene un poder estadístico virtualmente inexistente.
5. Hsaio-Lun Ku y sus colegas de varios centros médicos y de investigación en Taiwan (2013) también realizaron estudios de imágenes de un cerebro en funciones. Ellos compararon la actividad cerebral de 41 transexuales (21 MaHs, 20 HaMs) y 38 controles heterosexuales aparejados (19 hombres y 19 mujeres)³¹. Ku y sus colegas dicen haber demostrado los patrones cerebrales característicos de la atracción sexual en relación al sexo biológico, pero no hicieron comparaciones neurobiológicas significativas en base a la identidad de género entre los subgrupos. En adición a lo anterior, ellos reportaron que los transexuales demostraron estilos de defensa psicosocial inadaptados.

²⁷ *Ibid.*, 952.

²⁸ Giuseppina Rametti et al., “The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study,” *Journal of Psychiatric Research* 45, no. 7 (2011): 949–954, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.007>, 952.

²⁹ Emiliano Santarnecchi et al., “Intrinsic Cerebral Connectivity Analysis in an Untreated Female-to-Male Transsexual Subject: A First Attempt Using Resting-State fMRI,” *Neuroendocrinology* 96, no. 3 (2012): 188–193, <http://dx.doi.org/10.1159/000342001>.

³⁰ *Ibid.*, 188.

³¹ Hsaio-Lun Ku et al., “Brain Signature Characterizing the Body-Brain-Mind Axis of Transsexuals,” *PLOS ONE* 8, no. 7 (2013): e70808, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0070808>.

Los estudios presentados muestran evidencia inconclusa y hallazgos mixtos en relación a los cerebros de adultos transgénero. Los patrones de activación cerebral en estos estudios no ofrecen evidencia suficiente que permita llegar a conclusiones sensatas acerca de la posible asociación entre la activación cerebral y la identidad sexual o excitación. Es importante destacar que, independiente de sus conclusiones, *estudios de este tipo no son aptos para sustentar conclusiones de que los individuos llegan a identificarse con un género que no se corresponde con su sexo biológico a consecuencia de una condición biológica e innata en el cerebro.*

La cuestión no es simplemente si existen diferencias entre los cerebros de individuos transgénero y las personas que se identifican con el género que se corresponde a su sexo biológico, sino que si la identidad de género es un rasgo que sea inmutable, innato y biológico, incluso cuando ella no corresponde al sexo biológico, o si es el caso que causas ambientales o psicológicas contribuyen al desarrollo del sentido de la identidad de género en esos casos. Las diferencias neurológicas en los adultos transgénero puede ser la consecuencia de factores biológicos como los genes o la exposición prenatal a ciertas hormonas, o también de factores ambientales o psicológicos como el abuso durante la infancia; o bien puede tratarse de una combinación de ambos. No existen hasta hoy estudios en serie, longitudinales, o prospectivos que estén mirando a los cerebros de niños que muestren una identificación cruzada de género y que se desarrollen para luego terminar identificándose como adultos transgénero. La falta de estudios en este sentido limita en forma severa nuestra habilidad para entender relaciones causales entre la morfología cerebral, o la actividad funcional, y el posterior desarrollo de la identidad de género en divergencia con el sexo biológico.

Más aún, en la actualidad existe un consenso generalizado entre psiquiatras y neurocientíficos de que *existen limitaciones metodológicas inherentes e inevitables en todo estudio de imágenes neuronales que simplemente asocia un rasgo particular a una cierta morfología cerebral*³² (especialmente cuando el rasgo en cuestión no se trata de un comportamiento concreto sino que algo más elusivo y vago como lo es la “identidad de género”), y que no pueden proporcionar evidencia estadística ni mostrar un mecanismo biológico plausible suficientemente fuerte como para sostener una conexión causal entre una característica cerebral y el rasgo, la conducta o el síntoma en cuestión. Para sostener una conclusión de causalidad, incluso tratándose de causalidad epidemiológica, necesitamos la realización de un panel de estudio longitudinal de un grupo fijo de individuos a lo largo del curso de su desarrollo sexual, si es que no de su vida entera.

Estudios como los que hemos descrito harían uso de la técnica de imágenes al tiempo de nacer, en la infancia y en otros puntos del continuo de desarrollo del individuo, a fin de ver si los hallazgos sobre la morfología cerebral se encontraban presentes desde un inicio o fueron adquiridos durante el desarrollo. *Estudios como los que revisamos más arriba toman en consideración a individuos que ya exhiben en la actualidad los rasgos estudiados, lo que hace imposible distinguir entre las causas y las consecuencias de los mismos rasgos. En la mayoría de los casos, los individuos transgénero han estado actuando, comportándose y pensando por años de una forma tal que, a través de comportamientos adquiridos y enseñados, en asociación con la neuroplasticidad propia del ser humano,*

³² Ver, por ejemplo, Sally Satel and Scott D. Lilienfeld, *Brainwashed: The Seductive Appeal of Mindless Neuroscience*, (New York: Basic Books, 2013).

ello puede haber producido los cambios cerebrales que terminan por diferenciarlos de otros miembros de su sexo biológico o natal.

Es importante remarcar que no existen estudios que demuestren que alguna de las diferencias biológicas examinadas tenga *poder predictivo*, y por lo mismo, todas las interpretaciones –en especial las más comunes realizadas en medios de comunicación populares– que sugieren o afirman que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los cerebros de personas que son transgénero y aquellas que no lo son, y que ella es la causa del ser o no transgénero, carecen de respaldo en la evidencia.

En síntesis, los estudios que actualmente existen sobre la asociación entre la estructura cerebral y la identidad transgénero son pequeños, metodológicamente limitados, no concluyentes y a veces contradictorios entre sí. Incluso si fueran metodológicamente confiables, ellos aún serían insuficientes para demostrar que las estructuras cerebrales son la causa, *y no un efecto*, del comportamiento asociado a la identidad de género. De igual forma ellos carecerían de poder predictivo, que es el desafío último de toda teoría en el campo de la ciencia.

El consenso que surge de la evidencia científica entrega apoyo sobrecogedor a la proposición de que un niño o niña normal en lo que respecta a su físico y desarrollo es en definitiva lo que él o ella parece ser al tiempo del nacimiento. La evidencia existente en el campo de imágenes cerebrales y el género no demuestra que el desarrollo de la identidad de género distinta del sexo biológico sea de hecho innata. Dado que los científicos no han sido capaces de establecer un marco sólido para entender las causas de la identificación cruzada de género, las investigaciones en curso debieran de mantenerse abiertas a la posibilidad de reconocer causas sociales o psicológicas, a la par de las posibles biológicas.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN ADULTOS.

Como ya hemos dejado en claro, sólo la disforia de género que cumple con los criterios diagnósticos del DSM-V califica como una condición mental sujeta a un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Existe un número desconocido de individuos que afirman una incongruencia de género de una entidad tal que no califica como disforia de género. Y como es el caso en muchas jurisdicciones, un número considerable de esos sujetos tiene acceso libre a intervenciones médicas como la cirugía o la terapia hormonal, con independencia de si han sido diagnosticados formalmente con disforia de género o no.

Existe un alto nivel de incertidumbre en relación a los varios resultados posibles luego de la cirugía de reasignación de sexo, lo que hace muy difícil encontrar respuestas claras acerca de los efectos que se verifican en los pacientes que se someten a los procedimientos. Desde 2004 se han realizado algunos estudios sobre la eficacia de la cirugía de reasignación de sexo, utilizando muestras cada vez mayores y mejores metodologías. Ahora pasamos a destacar algunos de los estudios más informativos y confiables sobre los resultados experimentados por los individuos que han recibido estos tratamientos.

1. En 1979 Jon K. Meyer y Donna J. Reter publicaron un estudio de seguimiento longitudinal sobre el bienestar global de adultos que se sometieron a cirugías de reasignación de sexo³³ ³⁴. El estudio comparaba los resultados de 15 individuos que recibieron cirugía, en relación a 35 que la solicitaron pero que no la recibieron (14 de esos individuos eventualmente recibieron la cirugía en un momento posterior, resultando en tres subgrupos de comparación: operados, no operados y operados tardíos). El bienestar fue cuantificado utilizando un sistema de puntuación que analizaba variables de resultados psiquiátricos, económicos, legales y relacionales.

Al comparar su condición previa a la cirugía, los individuos que se sometieron a ella parecieron mostrar algún grado de mejoría en su bienestar general, aunque los resultados tenían un grado relativamente bajo de significancia estadística. Los individuos que *no* tuvieron cirugía sí mostraron una mejoría estadísticamente significativa al tiempo de darles seguimiento. Sin embargo, no existía diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ambos grupos sobre su bienestar al tiempo del seguimiento. Los autores concluyeron que *“la cirugía de reasignación de sexo no confiere ninguna ventaja objetiva en términos de la rehabilitación social, aunque sigue siendo subjetivamente satisfactoria para quienes han buscado en forma persistente un periodo de prueba y que se han sometido a la misma”*³⁵. Este estudio tuvo como consecuencia que el departamento de psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de Johns Hopkins descontinuara la realización de intervenciones quirúrgicas para cambios de sexo en adultos³⁶.

El estudio adolece de importantes limitaciones. Existió un prejuicio de selección en cuanto los sujetos de estudio fueron seleccionados a partir de aquellos que habían buscado la obtención de la cirugía en el Centro Médico de Johns Hopkins. Adicionalmente, la muestra era pequeña. Los individuos que sí se sometieron a la cirugía no eran un grupo de control genuino, y la forma en que se determinaba el bienestar de los sujetos fue medido de una manera en cierta medida arbitraria e idiosincrática.

2. En 2011 Cecilia Dhejne y sus colegas del Instituto Karolinska y la Universidad de Gotemburgo en Suecia publicaron uno de los estudios más robustos y bien diseñados para examinar los resultados en personas que se sometieron a la cirugía de reasignación de sexo. Poniendo su enfoque en la mortalidad, morbilidad, y las tasas de criminalidad, se comparó un total de 324 personas transexuales (191 MaHs, 133 HaMs) que se realizaron la cirugía entre 1973 y 2003 a dos grupos de control pareados en base a la edad de los sujetos en estudio: personas del mismo sexo que el de la persona transexual al nacer, y personas del mismo sexo al que los individuos habían sido “reassignados”³⁷.

³³ Jon K. Meyer and Donna J. Reter, “Sex Reassignment: Follow-up,” *Archives of General Psychiatry* 36, no. 9 (1979): 1010–1015, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780090096010>.

³⁴ Ha de notarse que estos pacientes fueron diagnosticados entonces con Desorden de Identidad de Género, en base a su marcada incongruencia entre su propia identificación en términos de su género y sexo.

³⁵ *Ibid.*, 1015.

³⁶ Ver, al efecto, Paul R. McHugh, “Surgical Sex,” *First Things* (Noviembre 2004), <http://www.firstthings.com/article/2004/11/surgical-sex>.

³⁷ Cecilia Dhejne et al., “Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden,” *PLOS ONE* 6, no. 2 (2011): e16885, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

El tamaño de la muestra es impresionante dado el relativamente bajo número de personas transexuales en la población en general. El estudio tiene el mérito adicional de evaluar los resultados de la cirugía en base a criterios objetivos y no a la satisfacción del paciente. Pero existe en todo caso el matiz de que el estudio no comparó las variables de resultados antes y después de la cirugía.

Dhejne y sus colegas encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos subgrupos a lo largo de las tasas estudiadas. Por ejemplo, *los individuos transexuales post-operados presentaron un riesgo tres veces más alto de hospitalización psiquiátrica que los miembros de los grupos de control, incluso después de haber corregido los datos por tratamientos psiquiátricos previos.* (Sin embargo, el riesgo de ser hospitalizado por abuso de sustancias no era significativamente mayor luego de ajustar los resultados por tratamientos psiquiátricos previos, así como en relación a otras co-variables). *Los individuos sexualmente reasignados exhibieron un nivel de riesgo tres veces mayor en su mortalidad por todas las causas luego de haber ajustado los resultados por co-variables, aunque el riesgo elevado era significativo sólo para el periodo entre 1973-1988.* Quienes se sometieron a la cirugía durante este periodo también se encontraban en una situación de riesgo elevado de ser condenados por la comisión de un crimen. Tal vez lo más alarmante, los individuos sexualmente reasignados eran 4.9 veces más propensos a intentar cometer suicidio y 19.1 veces más propenso a morir por suicidio que sus pares de control. *“La mortalidad por suicidio era chocantemente más alta entre las personas sexualmente reasignada, incluyendo después de haber ajustado los resultados por morbilidad psiquiátrica previa”.* En general, la salud mental psiquiátrica post-quirúrgica era muy pobre, como lo indica especialmente la elevada tasa de intentos de suicidio y mortandad por todas las causas en el grupo de 1973-1988. (Es necesario remarcar que respecto de los transexuales estudiados que se realizaron la cirugía entre 1989 y 2003, existe menos información disponible en atención a los años pasados desde entonces y hasta el tiempo en que se realizó el estudio, en comparación a los transexuales operados en los años previos al periodo. Las tasas de mortalidad, morbilidad y criminalidad en el segundo grupo pueden llegar a parecerse a la del primer grupo en términos de sus riesgos elevados, pero esto no lo sabremos hasta que no haya pasado más tiempo de recabado de datos.).

3. En 2009, Annette Kuhn y sus colegas de la Universidad de Berna y del Hospital Universitario de la misma casa de estudios en Suiza examinaron la calidad de vida de 52 transexuales HaMs y 3 MaHs, quince años después de realizarse la cirugía de reasignación de sexo³⁸. Este estudio encontró un nivel de satisfacción personal con la propia vida considerablemente más bajo en los transexuales post-operados que sus pares mujeres que habían pasado por al menos una cirugía pélvica en el pasado. Los transexuales post-operados reportaron un menor nivel de satisfacción general con la calidad de su salud y con algunos aspectos de las limitaciones personales, físicas y sociales que experimentaron a raíz de la incontinencia resultante como efecto secundario de la operación. Nuevamente, no es posible realizar inferencias de este

³⁸ Annette Kuhn et al., “Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism,” *Fertility and Sterility* 92, no. 5 (2009): 1685–1689, <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.126>.

estudio en torno a la eficacia de la cirugía de reasignación de sexo dada la falta de un grupo de control de individuos transgénero que no recibieron la cirugía de reasignación de sexo.

4. En 2010, Mohammad Hassan Murad y sus colegas de la Clínica Mayo publicaron una revisión sistemática de los estudios sobre los resultados de las terapias hormonales usadas en los procedimientos de reasignación de sexo, encontrando que existe “evidencia de muy baja calidad” de que la reasignación de sexo por medio de intervenciones hormonales “probablemente mejore la disforia de género, el funcionamiento psicológico y las comorbilidades, la función sexual y la calidad de vida en general”³⁹. Los autores identificaron 28 estudios que en su conjunto examinaron a 1,833 pacientes que se sometieron a procedimientos de reasignación de sexo que incluyeron el uso de intervenciones hormonales (1,093 HaMs, 801 MaHs)⁴⁰.

Los autores también encontraron que existían algunas excepciones a los reportes de mejorías en la salud mental y satisfacción con los procedimientos de reasignación de sexo; en un estudio, 3 de los 17 individuos se arrepintieron del procedimiento, con dos de esos tres solicitando un procedimiento de reversión⁴¹, y cuatro de los estudios revisados arrojaron como conclusión un empeoramiento de la calidad de vida, incluyendo la continuación del aislamiento social, la falta de mejoría en las relaciones sociales, y la dependencia de los programas de asistencia gubernamental⁴².

La evidencia científica resumida aquí sugiere que debemos tomar una posición de cierto escepticismo hacia la pretensión de que los procedimientos de reasignación de sexo proveen los beneficios esperados o resuelven las cuestiones subyacentes que contribuyen a los riesgos de problemas de salud mental elevados entre los miembros de la población transgénero. Al tiempo que trabajamos por ponerle fin al maltrato e incomprensión, debemos también trabajar por estudiar y entender cualesquiera que sean los factores que pueden contribuir a las tasas más altas de suicidio y otros problemas de salud psicológicos y conductuales que afectan a la población transgénero, y pensar con más claridad sobre las opciones de tratamiento que se encuentran disponibles.

LA IDENTIDAD TRANSGÉNERO Y LA DISFORIA DE GÉNERO EN LOS NIÑOS.

Dado que la pregunta de Costa Rica ha sido planteada de manera tal que no hace distinción o especificación sobre si la legislación bajo revisión sería aplicable en forma única a los adultos o si bien los niños también estarían incluidos bajos sus efectos, encontramos necesario el hacer frente específicamente a la situación de estos últimos, y preguntarnos si la adopción de este curso de acción propuesto por Costa Rica se traduciría en un perjuicio o una forma de protección del bienestar de los niños en cuanto a la preservación de su identidad.

³⁹ Mohammad Hassan Murad et al., “Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes,” *Clinical Endocrinology* 72 (2010): 214–231, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x>.

⁴⁰ *Ibid.*, 215.

⁴¹ *Ibid.*, 216.

⁴² *Ibid.*, 228.

El criterio de diagnóstico del DSM-V para la disforia de género en los niños está definido “de una manera más concreta y conductual que en el caso de adultos y adolescentes”⁴³. Esto quiere decir que algunos criterios de diagnóstico para la disforia de género en la niñez se refieren a *comportamientos que son estereotípicamente asociados con el género opuesto* (al que corresponde con su sexo). La angustia o ansiedad clínicamente relevante sigue siendo necesaria para la elaboración del diagnóstico de disforia de género en los niños, pero algunos de los otros criterios de diagnóstico incluyen, por ejemplo, “una preferencia marcada por los juguetes, juegos, o actividades estereotípicamente usadas o realizadas por el otro género”⁴⁴. Pero, ¿qué implica esto respecto de las niñas que prefieren juegos de niños o niños que no están particularmente orientados hacia la violencia o las armas y que prefieren los juegos más calmados y silenciosos? ¿Debieran los papás preocuparse de que su hija que juega con los niños es en realidad un niño atrapado en el cuerpo de una niña? *No existe base científica alguna para creer que el jugar con juguetes que son típicamente asociados a los niños define al menor como niño, o que el jugar con juguetes típicamente asociados a niñas define al menor como niña.*

El criterio del DSM-V para el diagnóstico de la disforia de género en referencia a los juguetes género-típicos es insensato. El mismo parece ignorar el hecho de que un niño puede manifestar un género expresado –exteriorizado en rasgos sociales o conductuales– incongruente con el sexo biológico *pero sin que eso implique que el menor se identifique como del género opuesto al correspondiente a su sexo*. Más aún, incluso en el caso de aquellos niños que sí se identifican con el género opuesto al correspondiente a su sexo biológico, los diagnósticos de disforia de género simplemente parecen no ser confiables. La realidad es que ellos pueden tener dificultades psicológicas en aceptar su sexo biológico como su género. Los niños pueden tener problemas con las expectativas asociadas con sus roles de género. Las experiencias traumáticas también pueden causar que el niño manifieste angustia o ansiedad con respecto del género asociado a su sexo biológico.

Dado el hecho de que la pregunta de Costa Rica involucra la posibilidad de que algunos individuos –en este caso, niños– puedan sujetarse a un cambio legal de su nombre y sexo registrado en atención a su incongruencia de género –incongruencia que puede o no ser suficiente como para un diagnóstico de disforia de género *per se*– las falencias y debilidades de los criterios diagnósticos para niños en el DSM-V se vuelven tremendamente relevantes. *La posibilidad de un error en el diagnóstico y la conclusión errada de que un niño varón de nacimiento es una niña en atención al hecho de que prefiere jugar con muñecas en vez de pistolas de juguete –ganándose la calificación de transgénero– es real*. Así también lo es el riesgo de actuar para reconocer legalmente la pertenencia del niño al conjunto de miembros del sexo distinto a su sexo natal, con las posibles consecuencias negativas de crear aún más confusión y problemas de identidad para el niño, quien posiblemente no tiene duda alguna respecto de su sexo (y como ya señalamos más arriba al discutir los hallazgos de Reiner y Gearhart, incluso los padres o agentes estatales mejor intencionados pueden terminar ignorando las opiniones y convicciones del niño a favor de las propias).

⁴³ American Psychiatric Association, “Gender Dysphoria,” Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quinta Edición (Arlington, Va.: American Psychiatric Publishing, 2013), 452, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm14.>, 454-455.

⁴⁴ *Ibíd.*, 452.

Así como existe escasa evidencia de que el fenómeno del transgenerismo tenga un fundamento biológico, existe también escasa o nula evidencia de que los cuestionamientos de identidad de género tengan una alta tasa de persistencia en los niños. El DSM-V reconoce que “en los machos natales (biológicos), la persistencia (de disforia de género) fluctúa entre el 2.2% al 30%. En las hembras natales, la persistencia varía entre el 12% y el 50%”⁴⁵. La investigación en este punto permanece escasa en atención a la bajísima prevalencia del desorden en la población en general. El DSM-V hace ver que, “no es claro si los niños que son ‘alentados’ o apoyados en vivir socialmente según su género deseado mostrarán mayores tasas de persistencia, dado que estos niños no han sido seguidos longitudinalmente y de forma sistemática”⁴⁶. Es seguro afirmar en todo caso que existe una necesidad imperiosa de más investigación en estas áreas, y que los padres y terapeutas deben reconocer que existe un altísimo grado de incertidumbre acerca de cómo interpretar el comportamiento de los niños en estos aspectos.

Así, en este momento en el tiempo carecemos de un conocimiento claro y firme en cuanto a las causas de la incongruencia de género en general y de los niños en particular. El criterio de diagnóstico del DSM-V para la disforia de género en los niños se muestra como particularmente insensato y crea considerables riesgos para el diagnóstico y caracterización errada del niño en atención a su confusión de los comportamientos género atípicos con una condición clínica. Y con el conocimiento que actualmente tenemos –aun siendo escaso–, parece ser que la persistencia de la confusión y disforia de género de los niños es particularmente baja y es poco probable que ella se prolongue más allá de la adolescencia y dentro de la adultez.

Teniendo en mente esta falta de certidumbre sobre el diagnóstico y pronóstico de la disforia de género en los niños, pasamos entonces a la cuestión de las decisiones terapéuticas apropiadas, que se presenta como particularmente compleja y difícil. Una aproximación cuidadosa a la cuestión debiera tomar en consideración la alta probabilidad de que los niños superen su identificación cruzada de género. Existen fundamentos razonables para considerar que la expresión de incongruencia sobre la identidad sexual del niño en relación a su sexo biológico puede ser el resultado de múltiples factores psicológicos o sociales que incluyen, sin limitarse, las presiones intencionales y no intencionales de sus pares, de sus maestros e incluso de sus padres.

Una primera aproximación a la cuestión –a la que nos referimos como el *método de armonización del género*– corresponde a la promovida por el investigador de la Universidad de Toronto y terapeuta profesional Kenneth Zucker, quien considera que las dinámicas familiares y entre pares pueden jugar un rol significativo en el desarrollo y persistencia del comportamiento disconforme de género. Zucker escribe: “es importante considerar tanto la predisposición como los factores de perpetuación que pueden moldear una formulación clínica, junto con el desarrollo de un plan terapéutico: el rol del temperamento del niño, el refuerzo parental del comportamiento de

⁴⁵ American Psychiatric Association, “Disforia de Género,” DSM-V, 455. Nota: aunque la cita proviene de la entrada sobre la disforia de género en el DSM-V e implica que las tasas de persistencia anotada aplican a este diagnóstico preciso, lo cierto es que el diagnóstico de la disforia de género sólo se formalizó con la entrada en vigencia del DSM-V en 2013, por lo que algunos de los estudios de los cuales se ha tomado la tasa de persistencia pueden haber utilizado otros criterios diagnósticos.

⁴⁶ *Ibid.*, 455.

género cruzado durante el periodo sensible de formación de la identidad de género, las dinámicas familiares, las psicopatologías parentales, las relaciones con los pares y los múltiples significados posibles que pueden subyacer a la fantasía del niño de pasar a ser un miembro del sexo opuesto”⁴⁷.

Zucker trabajó por años con niños que experimentaban sentimientos de incongruencia de género, ofreciendo tratamientos psicosociales para ayudarlos a abrazar el género correspondiente con su sexo biológico, usando herramientas como la terapia hablada, citas de juego arregladas por los padres con compañeros del mismo sexo, la consejería a los padres y la terapia para otras condiciones co-ocurrentes⁴⁸. Como resultado de ello, Zucker y sus colegas reportan que del total de los niños tratados por su equipo a lo largo de sus treinta años en el Centro para la Salud Mental y Adicciones de Toronto, el desorden de identidad de género (esto previo a la reclasificación del DSM-V) persistió en sólo 3 de 25 niñas a las que atendieron⁴⁹.

La aproximación alternativa que enfatiza la afirmación de la identidad de género preferida por el menor se ha vuelto más común entre los terapeutas⁵⁰. Contrario al enfoque de Zucker, *el método de la afirmación del género* involucra ayudar a los niños a auto-identificarse aún más con la etiqueta de género que ellos prefieren en un determinado momento. Entre otros elementos de este enfoque afirmativo se encuentra el uso de tratamientos de hormonas para adolescentes, en orden a dilatar la fijación de las características sexuales secundarias típicas durante la pubertad. Al tiempo de escribirse este informe existe escasa evidencia del valor terapéutico de este tipo de tratamientos. También hacemos notar que las derivaciones para acceder a tratamientos hormonales de reasignación de sexo y procedimientos quirúrgicos se encuentran en alza⁵¹, y existe un empuje por parte de muchos partidarios activistas a fin de bajar la edad desde la cual los niños puedan ser sometidos a dichos tratamientos hormonales.

Para muchos de quienes abogan por el enfoque afirmativo, el cambio de nombre legal del menor sería una de diversas posibles acciones a ser realizadas en orden a afirmar el género preferido por el menor, como lo sería también el uso de hormonas de bloqueo de la pubertad para dilatar la expresión de características sexuales secundarias. Así, una vez que el menor y sus padres toman contacto con un profesional que adopta el método de afirmación en relación a las cuestiones de identidad de género, *el cambio de nombre legal y sexo será una de las medidas que casi seguramente*

⁴⁷ Kenneth J. Zucker, “Children with gender identity disorder: Is there a best practice?,” *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* 56, no. 6 (2008): 363, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>.

⁴⁸ Kenneth J. Zucker et al., “A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder,” *Journal of Homosexuality* 59, no. 2 (2012), <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>.

⁴⁹ Kelley D. Drummond et al., “A follow-up study of girls with gender identity disorder,” *Developmental Psychology* 44, no. 1 (2008): 34–45, <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.

⁵⁰ Ver, por ejemplo, American Psychological Association, “Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People,” *American Psychologist* 70 no. 9, (2015): 832–864, <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>; y Marco A. Hidalgo et al., “The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn,” *Human Development* 56 (2013): 285–290, <http://dx.doi.org/10.1159/000355235>.

⁵¹ Chris Smyth, “Better help urged for children with signs of gender dysphoria,” *The Times of London*, Octubre 25 de 2013, <http://www.thetimes.co.uk/tto/health/news/article3903783.ece>. Según el artículo, en 2012 “1,296 adultos fueron derivados a las clínicas especialistas en disforia de género, viéndose un alza en comparación a los 879 casos de 2010. Ahora hay [en 2013] 18,000 personas en tratamiento, en comparación a las 4,0000 de hace 15 años atrás. [En 2012] 208 niños fueron derivados, siendo esto un alza de los 139 del año anterior, y los 64 del año 2008.”

serán sugeridas como necesarias para disipar la confusión del niño y evitar la disforia de género. Pero no es claro si el proceder de esta forma es sensato en términos de su valor terapéutico si tomamos en consideración la práctica inexistencia de evidencia en la materia. Y, en cuanto al derecho, no es tampoco claro que la facilitación de parte del Estado para realizar esto –mediante la modificación de su legislación en este sentido, y la ausencia de limitaciones para proceder de esta manera– sirva de hecho al interés superior de los niños; por el contrario, actuar de esta forma puede atentar directamente en contra de sus mejores intereses, constituyendo una omisión del Estado de obrar para asegurar su bienestar.

Sea o no que el cambio del nombre y sexo legal del niño sea conducente a la preservación de su interés superior depende enteramente de la cuestión previa en torno a si el llamado a realizar este juicio adopta el método de armonización de género o el método de afirmación de género. Si uno concluye, dada la evidencia disponible, que es poco probable que el niño persista en su incongruencia de género luego de la infancia sin que exista un reforzamiento activo; y que la afirmación del género actualmente preferido por medio de herramientas legales, hormonales y quirúrgicas puede llevar a una mayor confusión del menor, a un potencial perjuicio mental y corporal, y una eventual necesidad de “des-transicionar”, entonces es claro que el método de la armonización es el único que puede servir a conservar el bien superior y los intereses del niño.

Si miramos la cuestión desde la perspectiva de los derechos del niño bajo la Convención Americana sobre Derechos Humanos, conjuntamente con la Convención de los Derechos del Niño, es claro que el método de armonización es el único de los dos que es coherente con el derecho del niño a preservar su identidad reconocida por la ley, incluyendo su nombre y relaciones familiares, así como con la obligación de los Estados a garantizar que dicha preservación se dé. Si el Estado toma la decisión de facilitar el cambio del nombre de cualquier niño por medio de la creación de un procedimiento administrativo que no admita o considere oposición o escrutinio en cuanto a las razones para la solicitud de cambio, entonces está dejando de cumplir con su deber de proteger el nombre reconocido del menor y sus relaciones familiares (las que se ven jurídicamente alterada en cuanto el menor deja de ser hijo de sus padres para pasar a ser su hija, o viceversa), como se lo exigen dichos tratados. El derecho del niño a la preservación de su identidad consiste por definición en la protección de aquellos elementos que han sido observados y registrados por el Estado, y no en la creación de la misma de forma descontextualizada y a la deriva del yo objetivo, pues la creación de la identidad es en sí lo opuesto de la preservación. Esta conclusión se ve reforzada por el hecho de que los niños son más propensos a mantener o volver a su identidad congruente con su sexo biológico, y a la posibilidad de que la confusión de género del niño sea posiblemente el resultado de presiones externas o confusiones, incluyendo la de los propios padres, quienes pueden ignorar deliberadamente la opinión de los hijos y actuar –incluso de buena fe– en una manera que es contraria al bienestar de sus hijos, debiendo el Estado velar en forma subsidiaria por su protección.

2. ORIENTACIÓN SEXUAL.

Mientras algunas personas están bajo la impresión de que la orientación sexual es un rasgo innato, inmutable y biológico de los seres humanos –de forma que, sea heterosexual,

homosexual, o bisexual, todos “nacimos así”– no existe evidencia científica suficiente para apoyar esta afirmación. De hecho, el concepto mismo de orientación sexual es en sí altamente ambiguo. Puede referirse a un conjunto de comportamientos, así como a sentimientos de atracción, o a un sentido específico de dignidad. Los estudios epidemiológicos muestran una modesta asociación entre factores genéticos y atracción sexual o comportamientos, pero no entregan evidencia significativa que apunte a genes particulares que sean determinantes. También existe evidencia respecto de otras causas biológicas hipotéticas de los comportamientos, atracciones e identidad homosexual –como sería el caso de la influencia de hormonas en el desarrollo prenatal–, pero esa evidencia es igualmente limitada. Estudios en torno a los cerebros de las personas homosexuales y heterosexuales han encontrado algunas diferencias, pero no han demostrado que estas diferencias sean innatas, en vez del resultado de factores ambientales que han influenciado a los rasgos tanto psicológicos como neurobiológicos. Un factor ambiental que parece tener correlación con la no-heterosexualidad es la victimización de abuso sexual en la infancia, que puede también ser una contribución a las tasas más altas de salud mental disminuida entre las subpoblaciones no-heterosexuales, comparados a la población general. En general, la evidencia sugiere que existe un mayor o menor grado de fluidez en los patrones de atracción y comportamiento sexual, contrariando la noción popular de que “se nace así” que no es sino una sobre simplificación de la vasta complejidad que caracteriza la sexualidad humana.

Parece ser efectivamente cierto que la orientación sexual no es una elección per se, pero al mismo tiempo destaca la inexistencia de evidencia científica que respalde la proposición de que dicha orientación es fija y que corresponde a una propiedad biológica innata.

PROBLEMAS DE DEFINICIÓN SOBRE LA ORIENTACIÓN SEXUAL.

Una limitación tremendamente importante en la investigación e interpretación de los estudios científicos sobre esta materia es que algunos de los conceptos centrales –incluyendo el de orientación sexual en sí mismo– son a menudo ambiguos, haciendo muy difícil las mediciones confiables tanto en los estudios individualmente considerados como en su comparación con otros estudios sobre la misma cuestión. Por lo mismo, antes de pasar a la cuestión de la evidencia científica en torno al desarrollo de la orientación y el deseo sexual, examinamos varios de los puntos conceptuales más dificultosos y ambiguos en el estudio de la sexualidad humana, a fin de tener una mejor comprensión de los conceptos relevantes.

Una de las dificultades centrales en la examinación e investigación de la orientación sexual es que los conceptos basales de “deseo sexual”, “atracción sexual” y de “excitación sexual” pueden ser ambiguos, y es aún menos claro qué significa que una persona se identifique como teniendo una orientación sexual anclada en un patrón específico de deseos, atracciones, o estados de excitación.

Consideremos al efecto algunas de las formas en que el término “deseo sexual” ha sido utilizado en contextos científicos, de forma que ha designado a uno o más de los siguientes fenómenos.

- 1) Estados de excitación física que pueden o no estar vinculados con alguna actividad física y que pueden o no ser objetos de conocimiento o percepción consciente.
- 2) Interés erótico consciente en respuesta a encontrar a otro como atractivo (en percepción, memoria o fantasía), que puede o no involucrar cualquiera de los procesos corporales asociados con estados medibles de excitación física.
- 3) Interés fuerte en encontrar un compañero o establecer una relación duradera.
- 4) Las aspiraciones románticas y sentimientos asociados con el encaprichamiento o enamoramiento con un individuo específico.
- 5) La motivación general de buscar intimidad con un miembro de un grupo específico.
- 6) Una apreciación estética que se aferra a la belleza percibida en otros⁵².

En un estudio de ciencia social cualquiera, los conceptos antes mencionados probablemente tendrán su propia definición operativa particular para los efectos del estudio. Pero no es posible que todas ellas signifiquen lo mismo. El interés fuerte en encontrar a un compañero, por ejemplo, es claramente distinguible de la excitación física. Al mirar a esta lista de fenómenos experienciales y psicológicos, es posible ver fácilmente la confusión que surge o puede surgir de usar el término de “deseo sexual” sin suficiente cuidado.

La ambigüedad presenta un desafío significativo tanto para el diseño de los estudios como para su interpretación, siendo necesario que tengamos cuidado en atender a los significados, contextos, y descubrimientos específicos que le son propios a cada estudio. También es importante poner en suspenso cualquier asociación subjetiva con o el uso de estos términos que no sean coherentes con clasificaciones científicas y técnicas bien definidas.

Así como el concepto de “deseo sexual” es complejo y difícil de definir, no existen en la actualidad definiciones totalmente consensuadas sobre términos como “orientación sexual,” “homosexualidad” o “heterosexualidad” a efectos de la investigación empírica. Por ejemplo, al definir la homosexualidad, ¿qué factor se debería tener más en cuenta? ¿El deseo de realizar cierto tipo de actos concretos con individuos del mismo sexo? ¿El patrón histórico de participaciones en actos de este tipo? ¿Ciertas características particulares de los deseos y fantasías íntimas del individuo? ¿El impulso consistente en el individuo de buscar relaciones íntimas con personas del mismo sexo? ¿La identidad social impuesta por el propio individuo o por los demás? ¿Algún factor totalmente diferente a todos los anteriores?

Si observamos los estudios más recientes, veremos que a la hora de clasificar a los sujetos como “homosexuales” o “heterosexuales” los científicos a menudo usan, como mínimo, una de estas

⁵² Véase Lori A. Brotto et al., “Sexual Desire and Pleasure,” en *APA Handbook of Sexuality and Psychology*, Volume 1: Person-based Approaches, APA (2014): 205–244; Stephen B. Levine, “Reexploring the Concept of Sexual Desire,” *Journal of Sex & Marital Therapy* 28, no. 1 (2002): 39–51, <http://dx.doi.org/10.1080/009262302317251007>; Lisa M. Diamond, “What Does Sexual Orientation Orient? A Biobehavioral Model Distinguishing Romantic Love and Sexual Desire,” *Psychological Review* 110, no. 1 (2003): 173–192, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.110.1.173>; Gian C. Gonzaga et al., “Romantic Love and Sexual Desire in Close Relationships,” *Emotion* 6, no. 2 (2006): 163–179, <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.163>.

tres categorías: comportamiento sexual, fantasías sexuales (o experiencias emocionales o afectivas relacionadas) y auto-identificación (con “gay,” “lesbiana,” “bisexual,” “asexual,” etc.)⁵³. Algunos añaden una cuarta: inclusión en una comunidad definida por la orientación sexual. Consideremos, por ejemplo, la definición de orientación sexual de la Asociación Americana de Psicología adoptada en 2008 en uno de sus documentos de difusión y educación del público:

“La orientación sexual hace referencia a un patrón persistente de *atracción* emocional, romántica y/o sexual hacia hombres, mujeres o ambos. La orientación sexual se refiere asimismo al sentido de la propia *identidad* de la persona en base a esa atracción, los *comportamientos* relacionados y la pertenencia a una *comunidad* de otros que comparten la misma atracción. Los estudios a lo largo de décadas han demostrado que la orientación sexual se distribuye a lo largo de un *continuum*, desde la atracción exclusiva al otro sexo a la atracción exclusiva al mismo sexo.”⁵⁴ [énfasis añadido].

Una dificultad con agrupar estas categorías juntas bajo la misma rúbrica general de la “orientación sexual” es que la investigación existente sugiere que muy a menudo ellas no coinciden en la vida real. El problema con la orientación sexual, así definida, es que muchas personas no son consistentes a lo ancho de las tres dimensiones. “Existe una orientación física, una orientación afectiva, y una orientación de la fantasía, con cada uno de estos tres siendo susceptibles de ser subdivididos en un componente pasado (histórico) y uno presente. El comportamiento de una persona puede variar completamente respecto de todos los aspectos de su orientación, y las múltiples partes de la orientación pueden estar en desacuerdo entre sí”⁵⁵.

Los psicólogos Lisa M. Diamond y Ritch C. Savin-Williams marcan un punto similar cuando señalan que, “Cuanto más meticulosamente los investigadores buscan dibujar un mapa de estas constelaciones –diferenciando, por ejemplo, entre *identidad de género* e *identidad sexual, deseo y comportamiento, sentimientos sexuales vs. afectivos, atracciones y fantasías* surgidas en fases tempranas vs. las surgidas en fases tardías, o identificaciones sociales y perfiles sexuales–, más complicada se vuelve la imagen, ya que son pocos los individuos que muestran correlaciones uniformes entre esos campos”⁵⁶.

En resumen, las complejidades en torno al concepto de “orientación sexual” plantean considerables dificultades para el estudio empírico de la materia. Aunque la opinión pública pueda tener la impresión de que existen definiciones científicas ampliamente aceptadas para términos como “orientación sexual,” lo cierto es que no es así. La apreciación de Diamond en 2003 sobre esta situación sigue siendo plenamente vigente, en cuanto “no existe en la actualidad un consenso

⁵³ Edward O. Laumann et al., *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States* (Chicago: University of Chicago Press, 1994).

⁵⁴ American Psychological Association, “Answers to Your Questions for a Better Understanding of Sexual Orientation & Homosexuality,” 2008, <http://www.apa.org/topics/lgbt/orientation.pdf>.

⁵⁵ A. Elfin Moses and Robert O. Hawkins, *Counseling Lesbian Women and Gay Men: A Life-Issues Approach* (Saint Louis, Mo.: Mosby, 1982).

⁵⁶ Lisa M. Diamond and Ritch C. Savin-Williams, “Gender and Sexual Identity,” en *Handbook of Applied Development Science*, eds. Richard M. Lerner, Francine Jacobs, and Donald Wertlieb (Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 2002), 101.

científico o popular sobre cuál es el repertorio exacto de experiencias ‘califican’ en forma definitiva a un individuo como lesbiana, gay o bisexual”⁵⁷.

Mientras las etiquetas de “homosexual” y “heterosexual” son usadas a menudo para designar rasgos psicológico o biológicos estables, tal vez lo cierto es que no lo son. Bien puede ser que las experiencias afectivas, sexuales y conductuales de un individuo no se conformen de forma simple y clara con etiquetas tan categóricas como las que normalmente usamos, debido a que ellas de hecho no se refieren a tipos naturales (ya sean psicológicos o biológicos). Cuando menos, debiéramos reconocer que no poseemos en la actualidad un marco conceptual claro y bien establecido para la investigación de estas cuestiones. Más que intentar investigar el deseo, la atracción, la identidad y el comportamiento sexual bajo una rúbrica general de la “orientación sexual”, tal vez nos beneficiaríamos más al examinar empíricamente cada dominio separado y en su propia especificidad.

Con estas complejidades en mente es que pasamos ahora a la revisión de la hipótesis de “nacidos así”.

FALTA DE CERTEZA EN LA FORMA QUE LA ORIENTACIÓN SEXUAL ES MOLDEADA.

Como ya se dijo, existe una creencia ampliamente diseminada de que la orientación sexual es innata e inmutable en todos los individuos; un rasgo al que todos y cada uno nacemos. Esto a su vez lleva a la conclusión de que ella no es modificable y que está determinada por causas completamente ajenas a las decisiones, conductas, experiencias de vida, y contextos ambientales. Pero esta noción no tiene sustento en la evidencia empírica.

a) ESTUDIOS DE GEMELOS.

Estudios de gemelos idénticos han confirmado que la atracción por personas del mismo sexo no está determinada en forma hereditaria o por otros factores biológicos. Dado que los gemelos idénticos comparten el mismo genoma, existe una alta probabilidad de que los rasgos exhibidos por uno sean replicados en el otro (esto es lo que se conoce como la tasa de concordancia), en cuyo caso pareciera ser que la causa del rasgo es genética en su naturaleza. Pero, en cambio, si la tasa de concordancia en gemelos idénticos no es más alta que la que se observa en mellizos fraternos, que en promedio sólo comparten la mitad de todos los genomas, entonces esto indica que el medio ambiente compartido es más relevante.

En 2010, el psiquiatra y epidemiólogo Niklas Langstrom y sus colegas estudiaron las tasas de concordancia en relación a gemelos idénticos, tomando en consideración si ellos habían tenido al menos una pareja sexual del mismo sexo o si todas sus parejas sexuales habían sido del mismo sexo. En el primero grupo de gemelos la investigación dio como resultado una concordancia de 18% para los gemelos idénticos de sexo masculino y 22% para las gemelas mujeres. En el segundo grupo, la tasa de concordancia en el caso de los hombres fue de 5% para los gemelos idénticos y de 0% para

⁵⁷ Lisa M. Diamond, “New Paradigms for Research on Heterosexual and Sexual Minority Development,” *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 32, no. 4 (2003): 492.

los mellizos fraternos; en el caso de las mujeres, las tasas fueron de 11% y 7% respectivamente. Estos valores indican que, mientras el componente genético del comportamiento homosexual no puede considerarse como insignificante, los factores ambientales no compartidos juegan un rol crítico, y tal vez preponderante. Los autores concluyen que la orientación surge tanto de las influencias hereditarias como ambientales que son únicas en relación al individuo, afirmando que “los presentes resultados dan apoyo a la noción de que el ambiente específico de cada individuo tiene en efecto una influencia sobre la preferencia sexual”⁵⁸.

En 2002, los sociólogos Peter S. Bearman y Hanna Brückner intentaron estimar la influencia relativa de los factores sociales, genéticos, y de exposición hormonal prenatal en el desarrollo de las atracciones hacia el mismo sexo. En general, 8.7% de los 18,841 adolescentes estudiados reportaron atracción por pares del mismo sexo, con 3.1% respondiendo tener una relación romántica con alguien del mismo sexo, y 1.5% reportando comportamientos sexuales con personas del mismo sexo. Los autores analizaron primero la hipótesis de la “influencia social”, de acuerdo a la cual los mellizos de sexos opuestos reciben menos socialización de género de parte de sus familias que los mellizos o gemelos del mismo sexo, o que los hermanos de sexos opuestos, y encontraron que la hipótesis se encontraba bien respaldada en el caso de los machos. Mientras las mujeres mellizas fraternas con mellizos de sexo opuesto eran las menos propensas a reportar atracciones hacia el mismo sexo (5.3%), los hombres mellizos en la misma posición eran los más propensos a reportar atracción hacia otros del mismo sexo (16.8%), siendo esto más del doble de posibilidades que los hombres con una hermana, pero no melliza (7.3%). Los autores concluyeron que “existe evidencia indirecta sustancial en apoyo del modelo de socialización a nivel individual”⁵⁹.

Bearman y Brückner no encontraron evidencia significativa de influencia genética en la atracción sexual. Una influencia significativa en este caso implicaría que los gemelos idénticos tendrían tasas de concordancia significativamente superiores de atracción hacia el mismo sexo que los mellizos fraternos o los hermanos no gemelares. Pero en el estudio, las tasas observadas fueron estadísticamente similares: los gemelos idénticos eran concordantes en un 6.7%, los pares bicigóticos eran concordantes en un 7.2%, y los hermanos no gemelares eran concordantes en un 5.5%. Los autores concluyeron que “es más factible que cualquier influencia genética, si es que existe, sólo puede ser expresada en estructuras sociales específicas y circunscritas”⁶⁰.

En contraste con los estudios recién referidos, los psiquiatras Kenneth S. Kendler y sus colegas realizaron un estudio a gran escala de mellizos usando una muestra probabilística de 794 pares de gemelos y 1,380 hermanos no gemelares⁶¹. Basándose en la tasa de concordancia para la orientación sexual (definida en el estudio como la auto identificación basada en la atracción), los autores afirmaron que sus resultados “sugieren que los factores genéticos pueden contribuir como

⁵⁸ Niklas Långström et al., “Genetic and Environmental Effects on Same-sex Sexual Behavior: A Population Study of Twins in Sweden,” *Archives of Sexual Behavior* 39, no. 1 (2010): 75–80, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-008-9386-1>, 78.

⁵⁹ Peter S. Bearman and Hannah Brückner, “Opposite-Sex Twins and Adolescent Same-Sex Attraction,” *American Journal of Sociology* 107, no. 5 (2002): 1179–1205, <http://dx.doi.org/10.1086/341906>, 1199.

⁶⁰ *Ibid.*, 1198.

⁶¹ Kenneth S. Kendler et al., “Sexual Orientation in a U.S. National Sample of Twin and Non twin Sibling Pairs,” *American Journal of Psychiatry* 157, no. 11 (2000): 1843–1846, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1843>.

una influencia importante en la orientación sexual”⁶². Sin embargo, el estudio no parece ser suficientemente poderoso como para sacar conclusiones robustas sobre el grado de la influencia genética en la sexualidad: sólo 19 de los 324 pares de gemelos idénticos tenían un miembro no-heterosexual, con 2 de 15 pares siendo concordantes. Dado que sólo 8 pares de gemelos idénticos eran concordantes en cuanto a la no-heterosexualidad, la capacidad del estudio para realizar comparaciones que fueran sustantivamente significativas entre gemelos idénticos y mellizos fraternos (o entre hermanos gemelares y no gemelares) es limitada.

Resumiendo los estudios de gemelos, podemos decir que no existe evidencia científica confiable que afirme que la orientación sexual de una persona está determinada por los genes de la misma. Pero sí existe evidencia que sugiere que los genes juegan un rol en influenciar la orientación sexual. Por lo mismo, la pregunta de “si uno nace de esta forma” exige clarificación. No existe virtualmente ninguna evidencia de que alguien, sea gay o heterosexual, “nazca de esta forma” si eso significa que su orientación sexual ha sido genéticamente determinada. Pero sí existe evidencia de los estudios de gemelos que da a entender que ciertos perfiles genéticos probablemente aumentan la probabilidad de que una persona se identifique en algún momento de su desarrollo personal como gay, o bien que participe de comportamientos sexuales con parejas del mismo sexo.

b) GENÉTICA MOLECULAR.

Los primeros intentos de identificar una base genética más específica para la homosexualidad que aquellos descritos en los estudios de gemelos fueron realizados por genetistas. En 1993, el genetista Dean Hamer y sus colegas estudiaron 40 pares de hermanos homosexuales⁶³. Ellos identificaron un posible vínculo entre la homosexualidad en los machos y específicamente en el marcador genético de la región Xq28 en el cromosoma X. Sin embargo, los intentos de replicar sus descubrimientos han sido mixtos. Hasta el año 2015 no se había dado ningún intento exitoso de replicación, pero ese año Alan R. Sanders y sus colegas⁶⁴ fueron capaces de replicar sus descubrimientos usando una muestra poblacional más grande. Sin embargo, dado que su efecto fue pequeño, el marcador genético no pudo ser considerado como un buen *predictor* de la orientación sexual.

El mayor intento por identificar variantes genéticas asociadas a la homosexualidad corresponde a un estudio de más de 23 mil individuos por parte de la base de datos “23andMe”, que fue presentada en la reunión anual de la Asociación Americana de Genética Humana en 2012, sin que se encontraran vínculos que alcanzaran significancia a nivel del genoma y en relación a la identidad homosexual ni en hombres ni en mujeres⁶⁵.

⁶² *Ibid.*, 1845.

⁶³ Dean H. Hamer et al., “A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation,” *Science* 261, no. 5119 (1993): 321–327, <http://dx.doi.org/10.1126/science.8332896>.

⁶⁴ Alan R. Sanders et al., “Genome-wide scan demonstrates significant linkage for male sexual orientation,” *Psychological Medicine* 45, no. 07 (2015): 1379–1388, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714002451>.

⁶⁵ E. M. Drabant et al., “Genome-Wide Association Study of Sexual Orientation in a Large, Web-based Cohort,” 23andMe, Inc., Mountain View, Calif. (2012), <http://blog.23andme.com/wp-content/uploads/2012/11/Drabant-Poster-v7.pdf>.

Así, una vez más, la evidencia de una base genética de la homosexualidad es inconsistente y no concluyente, lo que sugiere que, a pesar de que los factores genéticos pueden explicar algunas variaciones en la orientación sexual, la contribución genética a este rasgo es probablemente débil, y mucho menos decisiva. Las expresiones fenotípicas de los genes son usualmente influenciadas por factores ambientales en una manera que hace que los diferentes ambientes puedan llevar a diferentes fenotipos, incluso cuando todos surgen de los mismo genes. Por lo que, incluso si existen factores genéticos que contribuyen a la homosexualidad, las atracciones sexuales o preferencias de un individuo también pueden estar influenciadas por un número de factores ambientales, como lo son los estresores sociales, incluidos el abuso emocional, físico y/o sexual.

c) LA INFLUENCIA DE LAS HORMONAS.

Otra área de investigación involucra la influencia de las hormonas prenatales en los desarrollos físicos y comportamientos típicamente masculinos o femeninos subsecuentes, durante la temprana infancia. Debe notarse que por razones éticas y prácticas, los experimentos en este campo no son realizados en mamíferos humanos, lo que limita desde un inicio el valor de los hallazgos.

La revisión de la literatura existente⁶⁶ sobre la influencia de la exposición hormonal prenatal, particularmente en relación a la hiperplasia suprarrenal congénita en mujeres, muestra que algunas formas de exposición están asociadas con diferencias en la orientación sexual, mientras que otros factores son a menudo importantes en determinar los efectos físicos y psicológicos de esa exposición. Las condiciones hormonales que contribuyen a los desórdenes en el desarrollo sexual pueden contribuir al desarrollo de orientaciones no heterosexuales en algunos individuos, pero esto no demuestra que esos factores expliquen el desarrollo de la atracción, deseos y comportamientos sexuales en la mayoría de los casos.

d) ORIENTACIÓN SEXUAL Y EL CEREBRO.

Otros estudios han mirado las diferencias neurobiológicas existentes entre individuos que se identifican como heterosexuales y aquellos que se identifican como homosexuales.

Los primeros intentos de esto buscaron indagar las diferencias en el volumen de un grupo de células en particular denominado núcleo intersticial del hipotálamo anterior (“INAH”). El más

⁶⁶ Véase en general, Melissa S. Hines, Faisal Ahmed, and Ieuan A. Hughes, “Psychological Outcomes and Gender-Related Development in Complete Androgen Insensitivity Syndrome,” *Archives of Sexual Behavior* 32, no. 2 (2003): 93–101, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022492106974>; Peggy T. Cohen-Kettenis, “Gender Change in 46,XY Persons with 5 α -Reductase-2 Deficiency and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency,” *Archives of Sexual Behavior* 34, no. 4 (2005): 399–410, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-005-4339-4>; Terrance J. Williams et al., “Finger-length ratios and sexual orientation,” *Nature* 404, no. 6777 (2000): 455–456, <http://dx.doi.org/10.1038/35006555>; Pero véase en cambio, S. J. Robinson and John T. Manning, “The ratio of 2nd to 4th digit length and male homosexuality,” *Evolution and Human Behavior* 21, no. 5 (2000): 333–345, [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-5138\(00\)00052-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-5138(00)00052-0); Qazi Rahman and Glenn D. Wilson, “Sexual orientation and the 2nd to 4th finger length ratio: evidence for organising effects of sex hormones or developmental instability?,” *Psychoneuroendocrinology* 28, no. 3 (2003): 288–303, [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(02\)00022-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(02)00022-7); Richard A. Lippa, “Are 2D:4D Finger-Length Ratios Related to Sexual Orientation? Yes for Men, No for Women,” *Journal of Personality and Social Psychology* 85, no. 1 (2003): 179–188, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.179>; Dennis McFadden and Erin Shubel, “Relative Lengths of Fingers and Toes in Human Males and Females,” *Hormones and Behavior* 42, no. 4 (2002): 492–500, <http://dx.doi.org/10.1006/hbeh.2002.1833>.

antiguo de los estudios fue realizado por el neurocientífico Simon LeVay en 1991⁶⁷, quien reportó diferencias entre los cerebros de hombres gay en comparación con los de hombres heterosexuales.

Más tarde, el trabajo del psiquiatra William Byne y sus colegas mostró hallazgos más matizados⁶⁸. Los autores notaron que, “a pesar de que existía una tendencia del INAH3 a ocupar un menor volumen en hombres homosexuales que en el caso de los heterosexuales, no existe diferencia en el número de neuronas dentro del núcleo en base a la orientación sexual”. Ellos especularon que “la experiencia postnatal” puede explicar las diferencias entre hombres homo y heterosexuales respecto de la diferencia en volumen de esta región, aunque esta hipótesis requeriría de más estudio para su confirmación. Además notaron que mientras esa diferencia puede existir, no existe conocimiento sobre el significado funcional de la misma. Ellos concluyeron que “en base a los resultados del presente estudio, como los de LeVay (1991), la orientación sexual no puede ser confiablemente predicha en base al volumen del INAH3 exclusivamente”.

En 2002, el psicólogo Mitchell S. Lasco y sus colegas publicaron un estudio examinando una parte distinta del cerebro –la comisura anterior– y encontraron que no existían diferencias significativas en estas áreas según el sexo o la orientación sexual⁶⁹.

En definitiva, ante la revisión de los estudios que consideran factores biológicos como influencias directas en la atracción, preferencias, o deseos sexuales, es que podemos entender la conclusión firme de la psicóloga social Letitia Anne Peplau y sus colegas en un artículo publicado en 1999, en el que señalaban: “para recapitular, más de cincuenta años de investigación ha fallado en demostrar que los factores biológicos sean una influencia predominante en el desarrollo de la orientación sexual de las mujeres... Contrario a la creencia popular, los científicos no han sido capaces de demostrar en forma convincente que la biología determina la orientación sexual de la mujer”⁷⁰. A la luz de los estudios que hemos repasado acá, esta declaración también podría hacerse en relación a la búsqueda de los factores que determinan la homosexualidad masculina, independiente de la forma en que se busque definir este concepto.

e) VICTIMIZACIÓN POR ABUSO SEXUAL.

A diferencia de las secciones precedentes, que miran hacia los posibles factores biológicos que entran en juego en el desarrollo de las orientaciones sexuales, esta sección mira a la evidencia que existe sobre un elemento medioambiental particular que es reportado en forma significativamente recurrente por quienes terminan por identificarse como homosexuales: el abuso

⁶⁷ Simon LeVay, “A Difference in Hypothalamic Structure between Heterosexual and Homosexual Men,” *Science* 253, no. 5023 (1991): 1034–1037, <http://dx.doi.org/10.1126/science.1887219>.

⁶⁸ William Byne et al., “The Interstitial Nuclei of the Human Anterior Hypothalamus: An Investigation of Variation with Sex, Sexual Orientation, and HIV Status,” *Hormones and Behavior* 40, no. 2 (2001): 87, <http://dx.doi.org/10.1006/hbeh.2001.1680>.

⁶⁹ Mitchell S. Lasco, et al., “A lack of dimorphism of sex or sexual orientation in the human anterior commissure,” *Brain Research* 936, no. 1 (2002): 95–98, [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-8993\(02\)02590-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-8993(02)02590-8).

⁷⁰ Letitia Anne Peplau et al., “The Development of Sexual Orientation in Women,” *Annual Review of Sex Research* 10, no. 1 (1999): 81, <http://dx.doi.org/10.1080/10532528.1999.10559775>.

sexual infantil. Los resultados plantean la pregunta de si existe una asociación entre el abuso sexual en la infancia y las expresiones posteriores de atracción, comportamiento o identificación sexual.

Se han encontrado correlaciones entre unos y otros. Pero antes de entrar en los resultados, debe de notarse que estos pueden ser explicados por uno o más de las siguientes conjeturas: el abuso contribuye al desarrollo de una orientación no heterosexual; los niños que muestran signos de futura orientación no heterosexual pueden atraer abusadores, lo que los pone en una posición de riesgo más elevado de ser víctimas que a sus pares heterosexuales, o; algunos factores pueden contribuir tanto al ser víctima del abuso sexual como a las tendencias no heterosexuales, como lo sería el caso hipotético de una familia disfuncional o de un padre alcohólico.

En el 2011, el profesor de salud comunitaria y conductual, Mark S. Friedman, junto con sus colegas, realizaron un meta-análisis de 37 estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Canadá examinando el abuso sexual y físico, así como también la victimización a manos de los pares en el caso de los heterosexuales y no heterosexuales⁷¹. Sus resultados mostraron que los no heterosexuales son en promedio 2.9 veces más propensos a reportar el haber sido víctimas de abuso mientras eran niños (bajo los 18 años de edad). Los adolescentes no heterosexuales en su conjunto son 1.3 veces más propensos a indicar el haber sido sujetos a abuso físico por parte de sus padres, en comparación con sus pares heterosexuales; pero los adolescentes gays y lesbianas son sólo 0.9 veces más propensos de ello (los bisexuales son 1.4 veces más propensos). En cuanto a la victimización a manos de sus pares, los no heterosexuales son 1.7 veces más propensos a reportar el haber sido víctimas de lesiones o de ser amenazados con un arma, o derechamente ser atacados.

Los autores del estudio consideran la hipótesis de que la victimización de los niños no heterosexuales descendería a medida de que aumentara la aceptación de la homosexualidad. Sin embargo, la evidencia analizada no mostró disparidades en las tasas de prevalencia de abuso y victimización entre 1990 y la primera década de los años 2000. De haber sido correcta su hipótesis, habríamos visto una disminución constante, a la par con las tendencias sociales. Los mismos autores enfatizan que el abuso sexual no causa que una persona se identifique como gay o lesbiana, pero lo cierto es que sus datos no presentan evidencia en contra de la hipótesis que rebaten. En cualquier caso, el diseño del estudio no lo hace apto para iluminar la cuestión de la direccionalidad (v.gr., ¿es el abuso el que da forma a la orientación, o es la orientación la que da pie para el abuso?)

El mismo año 2011, la investigadora en ciencias de la salud comunitaria, Emily Faith Rothman y sus colegas realizaron un estudio sistemático de la literatura en torno a la prevalencia de los ataques sexuales en contra de las personas que se identifican como gay, lesbiana, o bisexual en los Estados Unidos⁷². Examinaron 75 estudios (25 de los cuales usaron una muestra probabilística) que revisaron la situación de un total de 139,635 hombres gay o bisexuales (GB) y mujeres lesbianas o bisexuales

⁷¹ Mark S. Friedman et al., "A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals," *American Journal of Public Health* 101, no. 8 (2011): 1481-1494, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.190009>.

⁷² Emily F. Rothman, Deiner Exner, and Allyson L. Baughman, "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian, or Bisexual in the United States: A Systematic Review," *Trauma, Violence, & Abuse* 12, no. 2 (2011): 55-66, <http://dx.doi.org/10.1177/1524838010390707>.

(LB), en que se medía la prevalencia de la victimización debido a ataques sexuales a lo largo de la vida (ASL), ataques sexuales en la infancia (ASI), ataques sexuales en la adultez (ASA), ataques sexuales de parte de una pareja íntima (ASPI), y ataques sexuales relaciones con un crimen de odio (ASCO). Aunque el estudio estaba limitado por su carencia de un grupo de control heterosexual, éste de todas formas mostró tasas alarmantemente altas de ataques sexuales, incluyendo en la infancia, en contra de este grupo poblacional.

Usando una muestra probabilística de múltiples Estados, la psicóloga Judith Anderson y sus colegas realizaron un estudio comparativo en 2013, en relación a las diferencias en experiencias adversas en la infancia –incluyendo hogares disfuncionales; abuso sexual, físico y emocional, y; conflictos parentales– entre adultos que se auto identifican como homosexual, heterosexual y bisexual⁷³. Encontraron que los bisexuales exhibían proporciones significativamente más altas que sus pares heterosexuales en todos los factores de experiencias adversas en la infancia, y que los gays y lesbianas mostraban proporciones significativamente más altas que los heterosexuales en todas las medidas, con la excepción de la separación o divorcio de los padres. En general, los gays y lesbianas mostraban tener una tasa de experiencias adversas en la infancia 1.7 más alta que los heterosexuales, con los bisexuales exhibiendo una tasa 1.6 veces más elevada que sus pares heterosexuales.

En un estudio del año 2012 realizado por el psicólogo Brendan Zietsch y sus colegas, el enfoque se puso primariamente en la pregunta específica de si existía algún factor causal común que pudiera explicar la asociación entre orientación sexual –definido en este estudio como preferencia sexual– y la depresión⁷⁴. En una muestra comunitaria de 9,884 mellizos adultos, los autores encontraron que los no heterosexuales tenían una prevalencia significativamente elevada de depresión a lo largo de sus vidas (con un radio de probabilidad de 2.8 para los hombres y 2.7 en el caso de las mujeres). Los autores remarcaron que “tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, se encontraron tasas significativamente más altas de no heterosexualidad en los participantes que experimentaron abuso sexual en la infancia y en aquellos que vivieron en ambientes familiares de riesgo durante su niñez”. En efecto, el 41% de todos los hombres no heterosexuales y el 42% de las mujeres no heterosexuales reportaron disfunción familiar durante su infancia, comparado con el 24% y 30% de los hombres y mujeres heterosexuales, respectivamente. Y el 12% de los hombres no heterosexuales y 24% de las mujeres no heterosexuales reportaron haber sufrido un abuso sexual antes de los 14 años, en compararon al 4% y 11% de los hombres y mujeres heterosexuales, respectivamente.

Los artículos hasta acá mencionados no son sino una panorámica de la literatura existente en la materia. Ellos apuntan hacia una asociación estadística entre el abuso sexual en la infancia y la homosexualidad posterior, pero no se hacen cargo de la cuestión si esto significa causación entre uno

⁷³ Judith P. Andersen and John Blosnich, “Disparities in Adverse Childhood Experiences among Sexual Minority and Heterosexual Adults: Results from a Multi-State Probability-Based Sample,” PLOS ONE 8, no. 1 (2013): e54691, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054691>.

⁷⁴ Brendan P. Zietsch et al., “Do shared etiological factors contribute to the relationship between sexual orientation and depression?,” Psychological Medicine 42, no. 3 (2012): 521–532, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001577>.

y el otro. Existe escasa investigación en este punto en particular. *Algunos estudios⁷⁵ sí sugieren que el abuso sexual puede a veces ser un contribuyente causal al exhibir una orientación no heterosexual, pero es necesaria más investigación para elucidar los mecanismos biológicos o psicosociales en juego.* Sin esta investigación, la idea del abuso sexual como factor causal de la orientación sexual permanecerá como especulativa.

Resumen.

La literatura existente en las ciencias biológicas, psicológicas y sociales sugiere que el concepto mismo de orientación sexual permanece como inusualmente ambiguo, especialmente cuando es comparado con otros rasgos o atributos psicológicos. Típicamente se refiere a las atracciones, comportamientos o identidad. Pero también puede referirse a muchas otras cosas, como lo es la pertenencia a cierta comunidad, las fantasías, añoranzas, empeños o afanes, la necesidad sentida de tener cierto tipo de compañerismo, y así con otros. Y todos estos sentidos en que el término puede ser utilizado son a su vez conceptos complejos.

En cuanto a la cuestión de si la orientación sexual es innata, la evidencia no es concluyente. La literatura en esta área describe un pequeño grupo de diferencias biológicas entre los no heterosexuales y los heterosexuales, pero esas diferencias biológicas no son suficientes para predecir la orientación sexual, siendo esa capacidad predictiva la prueba definitiva de cualquier hallazgo científico. *La afirmación más robusta que se puede hacer en cuanto a lo que la ciencia actualmente puede ofrecer para explicar la orientación sexual es que algunos factores biológicos aparentemente, en una medida aún desconocida, pueden predisponer a algunos individuos hacia una orientación no heterosexual.*

III. CONCLUSIÓN.

No existe duda de que la inclusión de “otra condición social” en el artículo de la Convención fue incluido por los redactores con la intención de permitir la incorporación de otros motivos prohibidos de discriminación en el ejercicio de los derechos y libertades reconocidos por la Convención. Pero el hecho de que el tratado use la expresión “otra condición *social*” y no meramente “otra condición” es fundamental, y refuerza la conclusión de que no toda condición califica para los efectos del escrutinio estricto que le corresponde a los motivos específicamente prohibidos.

Las condiciones que son especialmente protegidas por el escrutinio estricto que se sigue de su inclusión bajo el artículo 1.1 deben ser objetivamente observables y originadas en relaciones sociales, esto es, en interacción humana. El negarse a entenderlo en este sentido implica que toda condición afirmada desde la pura subjetividad –que no necesariamente es conocida o conocible, percibida o perceptible por el Estado o por terceros– podría hacer las veces de fundamento para la protección elevada que se deriva de su inclusión en el listado de motivos prohibidos. El eliminar o ignorar el “social” de “condición social” no solo tiene efecto de privar de todo efecto jurídico a un concepto

⁷⁵ Andrea L. Roberts, M. Maria Glymour, and Karestan C. Koenen, “Does Maltreatment in Childhood Affect Sexual Orientation in Adulthood?,” *Archives of Sexual Behavior* 42, no. 2 (2013): 161–171, <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0021-9>.

elemental, sino que además invita el ingreso de la clase de ambigüedad y falta de certeza que la inclusión del término “social” buscaba evitar.

Dado el conocimiento científico que tenemos sobre la identidad de género y de la orientación sexual, así como también las conceptualizaciones más ampliamente aceptadas de ambas condiciones, ninguna de las dos califica bajo la rúbrica de “condición social” que daría lugar a su reconocimiento como categoría especialmente protegida bajo el artículo 1.1 de la Convención.

Por todo lo expuesto es que el *Amicus* considera que la Corte no debiera de no pronunciarse sobre la petición de Costa Rica. Y si decide hacerlo, la evidencia científica actualizada aconseja rechazar la calificación de la orientación sexual e identidad de género como “otras condiciones sociales” bajo la Convención Americana.

POR TANTO.

A LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS PIDO, que se tenga presente al tiempo de decidir.

TOMÁS HENRÍQUEZ C.

En representación del Dr. Paul McHugh, M.D.

07 de Febrero de 2017.