

Claudio Martínez

“El informe (Cass) no lo dice, pero lo que hay de fondo acá es la negación de la existencia de las personas trans”

En abril pasado, el psicólogo Claudio Martínez (62) estaba a punto de cumplir cuatro años dirigiendo el Proyecto T de la Universidad **Diego Portales**, donde se les da atención psicológica y asesoría gratuita a personas trans, cuando leyó el reporte final del Informe Cass: un texto encargado por el NHS inglés a la pediatra Hillary Cass, que analizaba el desempeño de los servicios de identidad de género para menores de edad en ese país. El texto revisaba especialmente los resultados de las terapias, apoyadas en Chile por Martínez y su equipo, que usaban bloqueadores de pubertad y reemplazo hormonal. Sobre los primeros estableció que “no se sabe lo suficiente sobre los impactos a largo plazo en niños y jóvenes con disforia de género, como para saber si son seguros o no, ni qué niños podrían beneficiarse de su uso”. El informe también fue sumamente cauteloso sobre los procesos de transiciones sociales en niños prepúberes.

Sus indicaciones cuestionaban el enfoque que un grupo de profesionales, como Martínez, habían tenido en sus tratamientos con personas trans. Por lo mismo, el también profesor de la Facultad de Psicología de la **UDP** tuvo sus reparos: “Leí las 360 páginas del informe y nada. Me pareció sesgado desde el inicio”.

¿Por qué?

Porque parte de un supuesto súper complejo y que, en general, en el ámbito clínico y médico las personas no lo siguen habitualmente: el hecho de contratar a una persona que no tiene experiencia trabajando con personas trans, con el supuesto de que es alguien independiente.

¿Qué evaluación hace del texto?

El informe no dice nada nuevo, no es una investigación. Hillary Cass subcontrata a agente de la Universidad York para que haga como tres revisiones, con su propio sistema, de los estudios que existen. Por eso es que al leer las recomendaciones del informe, uno queda sorprendido, porque hace recomendaciones bien generales.

¿Ustedes validan las recomendaciones del informe Cass?

A ver, es que el sí o no es complicado, ¿no? Nosotros no somos endocrinólogos, primero, sabemos que no hay posturas generales.

El psicólogo es una de las voces que han defendido el enfoque afirmativo para tratar a personas trans. Por lo mismo, el también director del Proyecto T cuestiona la relevancia que se le está dando al informe solicitado por el NHS británico: “Acá se puso una alarma innecesaria exclusivamente porque se trata de personas trans”.

Por **Andrew Chernin**

Aquí seguimos las recomendaciones internacionales de la Asociación de Profesionales de la Salud para Personas Trans (WPATH), en su marco general. Por lo tanto, estamos de acuerdo en lo que significa el caso a caso. Sabemos para qué se ocupan los bloqueadores, sabemos para qué se ocupan las hormonas, cuál es el sentido que tienen ambas cosas, cuál es el efecto psicológico que suelen tener (...) En términos generales, tanto los bloqueadores como las hormonas sirven para aquellas personas que quieren y requieren afirmar su identidad de género. Sobre todo, en los más chicos, que no son de tres y cuatro años como se dice, porque eso no se hace ni en Chile ni en ninguna parte del mundo, sino que existe cierto estándar.

¿Cómo se justifica el uso de bloqueadores puberales en adolescentes?

Desde el punto de vista psicológico, sirven para detener un momento que es bien complicado, que es cuando algunos rasgos sexuales secundarios aparecen en la pubertad. Y que para muchos de ellos y ellas constituyen un impacto desde el punto de vista corporal. Entonces, el poder parar eso y empezar a preguntarse qué es lo que está ocurriendo, hablarlo con la familia, en ese sentido, los bloqueadores son útiles.

¿Y las hormonas cruzadas?

Eso se recomienda después de los 16 años, según los protocolos que habitualmente se

utilizan (...) Mira, te voy a decir algo bien general, porque desde el punto de vista médico esto es muy caso a caso, ¿ya? Pero en términos generales, lo que sabemos es que todo aquello que apunte hacia la afirmación del género con el que se identifica una persona tiene mejores resultados para el bienestar psicosocial de esa persona. Esa es la experiencia que en general existe y la evidencia lo ha mostrado una y otra vez.

¿Cómo contrasta eso con lo que dice el Informe Cass?

En ningún minuto el informe recomienda que no se usen esos tratamientos. Lo que pide es que se haga más investigación (...) Acá se puso una alarma innecesaria, exclusivamente porque se trata de personas trans. Nada más que por eso.

El documento señala, a propósito de las terapias hormonales en menores de edad, que “los efectos en el desarrollo cognitivo y psicosocial siguen siendo desconocidos”. También que “los médicos no pueden determinar con certeza cuáles niños y jóvenes tendrán una identidad trans duradera”. ¿Es esa su experiencia?

La identidad es algo, primero, que se construye a través del desarrollo. Las personas pueden transicionar y retransicionar, y eso no es problema. De hecho, nosotros no usamos la palabra detransicionar. Los casos, de 300 que hemos tenido, han sido por otras ra-

zones y no porque en realidad se sientan que no pertenecen al género que se les asignó. Es más bien por otras razones. En algunos casos, por ejemplo, problemas con la hormona. En otros casos, las expectativas no se cumplían y, por lo tanto, lo que hacen es parar la hormona, pero siguen con su expresión social de la identidad autoidentificada perfectamente. Entonces no tenemos la experiencia de, primero, ni siquiera nos preguntamos si esto va a ser para el resto de la vida. Porque uno no se lo debiera preguntar, digamos. Es la propia persona la que se hace la pregunta. No nosotros, un externo, y menos todavía psicólogos, psiquiatras o qué sé yo, que estén diciendo ¿usted me asegura que su identidad va a ser así para siempre? Eso ya no existe.

El Minsal sugirió postergar el inicio de nuevas terapias hormonales en niños hasta que se publiquen los nuevos lineamientos técnicos. ¿Cree que se tomó una decisión apresurada?

Creo que sí. En un año político como este, no me extraña. Lo conversamos en nuestro equipo y dijimos sí, esto va a pasar. Pero pasó por algo bueno también, que es que se instala una comisión técnica. Y eso siempre es bueno, porque se instala evidencia de gente que es, básicamente, médicos y médicas que saben y trabajan con personas trans. O sea, no se ha buscado gente tan independiente.

El dilema ético

¿Un niño adolescente que dice sentirse trans, ¿siempre es trans?

No necesariamente. En esos casos uno inmediatamente pregunta ya, ¿cómo lo sabes? Y entonces él empieza a contar. Pero una cosa importante es que si él se siente así, nosotros le vamos a creer que se siente así. No vamos a estar dudando o vamos a estar diciendo no, esto es una etapa, se te va a pasar. Veamos por qué él se siente así.

¿Hay alguna diferencia en la edad del paciente? Imagino que si lo dice alguien de 17 es distinto a que lo plantee un niño de ocho años.

Obviamente a los ocho hay procesos psicológicos, cognitivos y momentos del desarrollo completamente distintos con el propio cuerpo. Pero si tú entrevistas a 10 personas trans que han hecho transición, y que te

SIGUE EN PÁGINA 34 ►►

cuenten su historia, el 90% te va a decir que, retrospectivamente, ya sentía esto a los tres años.

Cuando alguien llega con dudas, ¿es más común que esa persona sea parte de la población trans y género no conforme?

No tenemos una estadística que relacione duda con el destino de esas dudas. Además que esas dudas no ocurren en el aire, sino que en un contexto. Entonces, muchas veces los padres se apuran y dicen, bueno, que sea lo que tenga que ser, pero que sea rápido. Nosotros les decimos esperemos, no apuremos a nadie. Más bien demos el espacio para pensar, para reflexionar, para que se conecte consigo misma, consigo mismo. A veces en ese camino se utilizan los bloqueadores, como explicaba antes, y otras veces no. Hay otras cosas. Por ejemplo: que quiere cortarse el pelo, bueno ya, que se corte el pelo. O quiere utilizar un binder, por ejemplo, para fajarse los pechos.

¿Eso no es peligroso?

Hay experiencias, a pesar de lo doloroso que puede ser, que son casi sublimes. Digamos, donde dicen 'me cambió la vida'. Entonces, ahí uno de alguna manera tiene que ir pensando, digamos, que esto tiene un espacio. Yo dirijo una investigación sobre el tema de la experiencia corporal de las personas. El cuerpo y la concordancia con el cuerpo cuando hay transición médica, sobre todo, es tan brutal que es como si se encontraran finalmente en sí mismos.

Qué es más riesgoso para un paciente que se identifica como trans: ¿Iniciar una terapia hormonal antes de los 14 años considerando la madurez que puede tener una persona a esa edad, o hacerlo esperar hasta que cumpla 18, tomando en cuenta el dolor, la angustia que esa espera podría significarle?

Es algo que se discute mucho desde el punto de vista ético. Primero que nada, antes de los 16, en general, no hay hormonación cruzada. En Chile prácticamente no se usa. Las normas internacionales sugieren que sea posterior a los 16, tercero medio para que se ubiquen, digamos, es donde toman estas decisiones. Y claro, la discusión ética es ¿qué puede ser peor? ¿La posibilidad de que haya algún tipo de efecto secundario en algún momento, versus la experiencia con aspectos corporales o la dimensión corporal que les provoca un nivel de disforia corporal tan intenso que puede llegar a ser traumático? Bueno, esa es una discusión ética. Yo, por lo menos, tengo la convicción de que es preferible que use hormonas en ese momento, a esa intensidad del nivel de disforia corporal que pueden sentir algunos chicos o chicas. **La experiencia que tienen ustedes con padres que no están de acuerdo con los tratamientos para sus hijos, ¿es porque no quieren el tratamiento nunca o no lo quieren todavía porque encuentran que están muy chicos?**

En general es por susto. Algunos tienen que ver con esto de la identidad, que no lo conocen muy bien. Tiene que ver con perder, desde el nombre a la relación con su hijo o hija. Algunos autores lo llaman hacer un duelo, porque hay una pérdida de las expectativas que se tenían. Entonces muchas preguntas van por ese lado. Hay otros miedos también que tienen que ver con la protección, pero un

poco por el bullying que les pueden causar otros. En algunos casos, y esto lo digo solamente desde la experiencia que hemos tenido, no tengo una estadística, pero hay un porcentaje menor que es sobre el tema médico. En general, los endocrinólogos, endocrinólogas lo explican muy bien: qué es reversible, qué no lo es, etcétera.

¿Cuando los endocrinólogos explican los tratamientos con hormonas, con bloqueadores puberales, en general los padres terminan aceptando?

En general sí, es la experiencia que tenemos nosotros. Cuando tenemos familias que acompañan a sus hijos o hijas, lo único que quieren es ver a sus hijos o hijas felices. Entonces, a veces tienen miedo de que la pasen mal. Cuando empiezan a ver cómo sus hijos o hijas empiezan a sentirse cada vez mejor consigo mismos, la verdad es que les cambia mucho la perspectiva que pueden tener.

La Subsecretaría de Salud Pública señaló en sus "Recomendaciones para la implementación de los programas de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme" que ante los padres que se opongan a estas medidas, los funcionarios de la salud tienen dos opciones: intentar sensibilizarlos o denunciarlos a la justicia, señala el citado documento. ¿Fue un error plantear eso?

O sea, está planteado de una manera un poquito drástica y se malentiende. Yo creo, sinceramente, que es una buena política, pero claro, esa frase puede ser dura si se malentiende. Por lo que sé, no ha habido muchos casos así. Nosotros hemos recibido algunos, pero por otra vía. No provienen de los PAIG (Programa de Apoyo a la Identidad de Género), sino que de quien los denunció por maltrato a propósito de esto. Entonces ahí actúan los Tribunales de Familia, que están preparados para eso. En el fondo, los jueces o las juezas cumplen la ley. No es que el programa PAIG les quite esto, no es que los jueces hagan lo que dice ese psicólogo o psicóloga o la asistente social de esos programas.

¿Qué cifras de retransición manejan?

Aquí en Chile no existe una estadística oficial.

¿No existe investigación académica realizada en Chile sobre este tema?

No en Chile, en mi conocimiento en este momento. Internacionalmente, sí. Las últimas son de 2018-2019, que han seguido mejores estándares de calidad. En general, las cifras de retransiciones no pasan el 2%. Están entre el 1% y el 3%.

¿Ustedes no llevan un registro de retransiciones entre sus pacientes?

No, no es un tema que para nosotros sea importante. Como te decía, creo que las perso-

nas trans también tienen derecho a decir "la verdad es que no quiero seguir con este tratamiento".

En tierra de nadie

Un argumento que ocupan personas que están en contra de la terapia hormonal es ¿por qué si a un menor de edad no se le permite votar, casarse, manejar, fumar, tomar alcohol, si se le debiese permitir intervenir su cuerpo con un tratamiento que no reúne consenso entre médicos?

La discusión sobre la píldora del día después, los anticonceptivos, zanjó eso hace muchos años. Que menores de edad, sin permiso para votar o manejar, o de sus padres, puedan ir a pedir anticonceptivos porque tenía que ver con la responsabilidad con su propio cuerpo.

¿Es comparable el uso de terapias anticonceptivas, por ejemplo, con los bloqueadores puberales o las hormonas cruzadas? Biología no era mi ramo más fuerte.

Bueno, tampoco el mío, pero es bueno saber que los anticonceptivos también son hormonas. Y, por lo tanto, hay muchas chicas que toman, ¿no? Mira, yo creo que es importante un punto: el informe (Cass) no lo dice, pero lo que hay de fondo acá es la negación de la existencia de las personas trans.

Efectivamente, no lo dice.

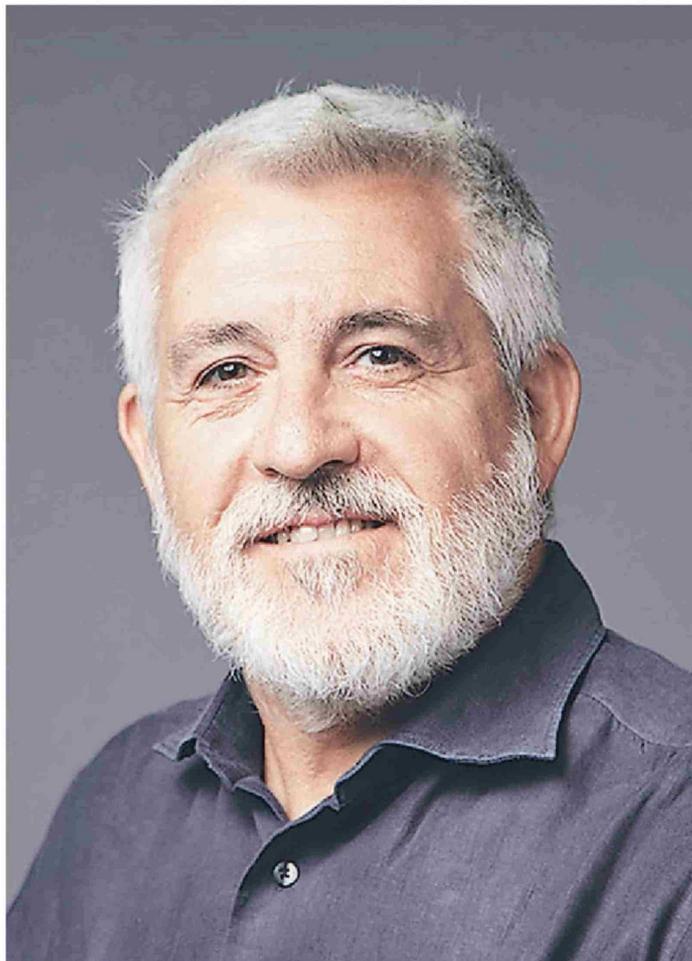
No, no lo dice ninguna vez, pero es utilizado de esa manera. Y ese es el gran problema. Nadie lo va a decir expresamente. Porque sería algo muy incorrecto, probablemente. Pero por eso se ataca, sobre todo, el derecho de los jóvenes y el derecho de los niños.

En el Diario Financiero, refiriéndose a las terapias para trans, el rector Carlos Peña dijo: "A mí me parece que la universidad, no sólo la Diego Portales, no debe hacer advocacy, o sea, no debe hacer abogacía de este tema". ¿Cómo tomó sus palabras?

Mira, inicialmente no muy bien. Pero luego yo conversé con el rector y me explicó realmente lo que estaba queriendo decir. Nosotros hacemos advocacy. Obviamente hacemos defensoría de las personas trans, por los derechos humanos, por el derecho que tienen al bienestar pleno en términos de salud. Pero es una abogacía que hacemos desde la experiencia, desde la vivencia. No es una abogacía ciega, y lo que quiso decir es que está en contra de la abogacía ciega. La verdad es que nosotros no hacemos eso.

¿Por qué un tema clínico entra al terreno del activismo y la emocionalidad?

Porque justamente no es una patología. La medicina dice, mire, la verdad nosotros podemos hacer algo por ayudar, pero esto no es nuestro terreno, porque aquí no hay una patología, y eso ocurrió hace no mucho tiempo, culturalmente se va instalando la idea de que tu identidad de género es algo que tú puedes decidir. Que puedes cambiarte tu nombre si quieres. Entonces, cuando esto queda en el ámbito de algo que es propio de la diversidad humana, se pierde la idea, por ejemplo, de que lo natural es que solamente exista lo masculino y lo femenino. O sea, resulta que aquello que aparentemente no era natural, ya no tiene un nombre desde el punto de vista médico o clínico. Entonces queda en manos de nadie. ●



► Claudio Martínez dirige el Proyecto T de la UDP desde 2020.