

## ENTREVISTA A DAVID BELL

Eileen Wieland para Temas de Psicoanálisis

### *Introducción de Eileen Wieland*

Desde el Grupo de Trabajo "Psicoanálisis y Sociedad" del Colegio Oficial de Psicología de Catalunya estamos profundamente agradecidos y honrados de que David Bell, psiquiatra y psicoanalista británico, reconocido internacionalmente, haya aceptado de participar en esta "Jornada de Reflexión sobre la cuestión trans en niños y adolescentes".

David Bell fue consultor y docente de la Tavistock Clinic de Londres durante veinticinco años. Desde 2015 hasta 2018 fue miembro del *Council of Governors* como representante clínico y académico de dicha clínica. Participó activamente, de una manera comprometida y valiente, en el controvertido Debate de la Medicalización con Bloqueadores Hormonales a Niños y Adolescentes realizado en el (GIDS) Servicio de Desarrollo de Identidad de Género. Como expresión de este compromiso escribió un informe exhaustivo sobre la práctica de esta unidad.

Me gustaría recordar un aspecto de su genealogía profesional. En uno de sus libros publicados: *Reason and Passion. a celebration of the work of Hanna Segal* (Razón y pasión: una celebración de la obra de Segal), muestra un agradecimiento que no es solo recordar Hanna Segal en letra impresa, sino que quiere mostrar que sigue presente en su actitud de compromiso social, aportando al debate público aquello que los psicoanalistas sabemos hacer que es intentar reflexionar sobre la naturaleza humana más allá de lo evidente y explícito. Segal escribió un artículo que es paradigmático de su posicionamiento. Es en *El silencio es el verdadero crimen*, traducido al castellano en 1987, donde nos recuerda nuestra responsabilidad de no callar, de

mostrar aquello que sabemos hacer: “Nosotros, los psicoanalistas que creemos en el poder de la palabra y en el efecto terapéutico de verbalizar la verdad, no debemos callar”.

Bell no ha callado, ha hablado, ha redactado un informe de la situación de ese servicio, liderando una preocupación clínica y ética de muchos profesionales implicados. Para David el aforismo “primero no hacer daño”, ha sido fundamental en el debate de una práctica en la cual no hay evidencias científicas de sus beneficios, mientras que sí hay considerables daños que son irreversibles.

Su insistencia en mantener los valores psicoanalíticos fundacionales de la Tavistock, lo convierte en blanco de censuras, acusaciones, acoso. Como sabemos, en nuestro contexto no se toleran la reflexión y el cuestionamiento de la medicalización al desarrollo natural de la infancia y la adolescencia.

A partir de los resultados muy críticos de esta investigación sobre la asistencia realizada en esta Unidad se inició el procedimiento judicial que concluyó en la sentencia del Tribunal Supremo del Reino Unido en diciembre 2020, que dictaminó que los menores de dieciséis años carecen de capacidad y de experiencia vital para decidir la administración de bloqueadores hormonales que comporta cambios irreversibles. Asimismo, esta misma sentencia hace una profunda crítica a la atención y gestión de esta Unidad.

Mencionaré otras actividades relevantes de su larga trayectoria profesional. Fue presidente de la Sociedad Británica de Psicoanálisis entre 2010 y 2012. Fue profesor invitado en el Birbeck College en el Departamento de Estudios Psicosociales y en la actualidad es profesor invitado en la University College de Londres. Desde el 2002 está a cargo de la Unidad FitzJohn, unidad que asiste a pacientes de extrema complejidad. Fruto de esta experiencia, él y su equipo han publicado en 2018 el ensayo *Turning the Tile: the psychoanalytic approach of the Fitzjohn’s unit to patient with complex needs* (Una nueva orientación: una aproximación psicoanalítica a los pacientes con necesidades complejas) donde demuestran como una actitud psicoanalítica puede brindar tratamientos eficaces a este grupo de pacientes. Otros libros que merecen especial atención son *Psychoanalysis and Culture: a kleinian perspective* (Psicoanálisis y Cultura desde una perspectiva

kleiniana), *Living on the border: psychotic process in the individual, the couple and the group* (Viviendo en los límites: procesos psicóticos en el individuo, en la pareja, y en el grupo). Además de su interés por las cuestiones sociales, extiende su interés a otros ámbitos. Cabe destacar sus artículos sobre literatura desde la perspectiva psicoanalítica, tales como el estudio de la obra de Shakespeare y del dramaturgo británico Dennis Potter, o del Retrato de Dorian Grey de Wilde. En 2009 crea un grupo de discusión entre filósofos y psicoanalistas. Este diálogo interdisciplinar le permite cuestionar el relativismo del enfoque postmodernista, posicionando al psicoanálisis como una disciplina que se basa en el realismo y la veracidad psíquica.

*EW.- Gracias Doctor Bell por participar en esta conferencia. Esperamos con ganas conocer su punto de vista en estos asuntos. Estos temas, que afectan a una población vulnerable y en edad de crecimiento y desarrollo, conciernen al mundo entero. Le agradecemos que se una a esta conversación en la que discutiremos y debatiremos protocolos y cuidados adecuados a para niñ@s y jóvenes que se debaten en su identidad de género.*

*Usted ha trabajado veinticinco años como psiquiatra y psicoanalista en la Tavistock Clinic de Londres. Cuando llevaba diez años allí, le nombraron representante clínico y académico del Consejo de Gobernadores de Tavistock. Fue entonces cuando empezaron a informarle de la mala gestión del Servicio de Desarrollo de Identidad de Género. Aunque le aconsejaron y presionaron para que ignorara el problema, respondió a la situación presentando un informe crucial. Este informe fue influyente en la decisión del Tribunal Supremo del verano de 2020 que dictaminó que los menores de dieciséis años no eran suficientemente maduros para dar su consentimiento informado sobre la prescripción de bloqueadores puberales. Mi primera pregunta tiene que ver con este tema. ¿Podría explicar cómo y por qué tomó la decisión de escribir este informe crítico, a pesar del hostigamiento y la censura?*

*DB.- En primer lugar, debo corregir algún pequeño detalle. Son detalles muy pequeños pero es importante mencionarlos. Mi informe fue, en cierto modo, influyente en el proceso que llevó a la*

decisión del Tribunal Supremo que he mencionado. Pero no tuvo una influencia directa, puesto que no formó parte de los procedimientos. Pidieron a Tavistock que presentara mi informe en los procedimientos, pero ellos se negaron. La mejor manera de explicarlo sería decir que se habían recogido ciertas preocupaciones sobre el tratamiento llevado a cabo por el Servicio de Género de Tavistock en niños y jóvenes con trastorno de género. Mi informe formó parte de la cadena de eventos que finalmente llevó al proceso legal.

Lo segundo que quiero decir es que en parte es correcto y en parte no, decir que me hostigaron; en lo que respecta a la redacción del informe. Diría que el hostigamiento surgió cuando acabé el informe, no antes. Lo que sentí fue cierta presión institucional de un grupo influyente para que no examinara lo que ocurría en el Servicio de Género. Creo que esto nos estaba afectando a todos. Y lo que ocurrió fue que varios compañeros del Servicio de Género me buscaron, creo que más o menos entre febrero y agosto de 2018, para expresar sus considerables preocupaciones con respecto a este servicio. Algunos de estos compañeros ya no están y otros siguen trabajando allí.

Informé a la dirección lo que había decidido después de escucharlos, que escribiría un informe y la dirección aceptó. Pero cuando vieron mi informe en verano, intentaron silenciarlo. El informe acabó en la Junta e intentaron detenerme para que no lo mandara al Consejo de Gobernadores. Después me hostigaron y amenazaron de varias maneras. ¿El motivo por el que escribí el informe? En cierto modo, es fácil de responder. Tendría que tener muchos motivos para no escribir el informe después de oír lo que me contaron. ¿Cómo iba a vivir en paz después de saber todo el daño que se infringía a los cuerpos de los jóvenes de forma irreflexiva y no sentir la obligación de hacer algo al respecto? Tenía ciertas ventajas. El motivo por el que acudieron a mí fue que era un clínico veterano del consorcio, con una experiencia considerable y reconocimiento como miembro importante hasta cierto punto de la cultura psicoanalítica representándola en varios lugares. Además, como soy veterano, tengo menos miedo porque tengo el puesto asegurado y me quedaba poco para jubilarme. Así que lo tenía más fácil. Pero debo decir que se trataba de un tema tan grave que, aunque hubiera faltado para jubilarme, habría sentido la misma obligación de escribir el informe.

El informe, como veremos en breve, reflejaba la información que mis compañeros me contaron. Algunos eran relativamente jóvenes, otros bastante veteranos. Eran psicoterapeutas infantiles, terapeutas familiares y psicólogos. Pero las preocupaciones que compartieron eran bastante similares. Se expresaron de maneras muy distintas, pero las preocupaciones eran muy similares. Y pensé que era muy importante que estas preocupaciones se vieran representadas, pues esa era mi tarea como su representante en el Consejo de Gobernadores. Así que, en cierto modo, no fue una decisión difícil.

*EW.- Parece que el aumento exponencial de disforia de género expresada por niños y jóvenes está relacionado con la presión social y cultural. Como psicoanalista, ¿qué piensa al respecto?*

DB.- Pienso que todos los trastornos psicológicos y todos los trastornos psiquiátricos se encuentran en la frontera entre el individuo y la cultura en la que se halla. Existe la tendencia de querer tratar el trastorno psiquiátrico como si se tratara de un trastorno médico, pero no tenemos ninguna prueba, no encajamos con facilidad en esa manera médica de definir las cosas. Si alguien tiene tuberculosis existen muchos factores socioculturales implicados en contraerla, como la pobreza, por ejemplo, pero existe un diagnóstico. Puedes hacer la prueba y ver el bacilo. Pero no existe una prueba diagnóstica para la depresión, ni para la anorexia nerviosa, ni para ninguno de los problemas que vemos. La manera de expresar los problemas cambia según la cultura en la que se encuentra la persona. La histeria, uno de nuestros trastornos fundacionales, era relativamente común entre una clase concreta en tiempos de Freud y Charcot. Después de que Charcot muriera, unos diez o quince años más tarde, dejó de ser prominente. Algunos sugieren que, aunque los problemas pueden ser similares, la forma como se expresan cambia según la cultura. Algunos trastornos van y vienen. En este sentido, aún vemos histeria, pero no tan a menudo. Había otros síndromes en Gran Bretaña, no sé en España. Durante un tiempo hubo algo llamado *síndrome de falsa memoria* que fue liderado por algunos clínicos que fundaron todo un movimiento que sugería que muchos jóvenes habían sido víctimas de abusos sexuales en la niñez. Lo insinuaban a sus

pacientes y les decían que no lo podían recordar. Demostró ser falso y desapareció. Pero mientras existió, hubo muchas personas que expresaron sus problemas afirmando que habían sido víctimas de abusos. Pienso que hoy vemos algo similar con la disforia de género.

Otro aspecto también es que cuando creas un diagnóstico y la clínica para tratarlo, la incidencia siempre aumenta. Hasta cierto punto, al crear este diagnóstico y al aumentar su interés, se alienta a más personas a presentar este diagnóstico. Existen muchos otros factores socioculturales. Estos tienen que ver con el diagnóstico. Los otros los voy a mencionar rápido, o acabaré alargándome. Por ejemplo, la mercantilización de la persona es parte de nuestra cultura moderna. Existe la tendencia a percibirnos como si fuéramos una mercancía. Hay algo de este concepto en la falsa idea que uno puede cambiarse de sexo biológico. Por supuesto, no se puede cambiar de sexo biológico. Uno puede cambiar de identidad de género, pero no es lo mismo que cambiar de sexo biológico. Eso es una ilusión peligrosa. Pero encaja con la idea general de una mayor tecnologización y mercantilización del cuerpo. Cada vez hay más gente que se somete a cirugía plástica mayor para cambiarse los pechos, las nalgas, las vaginas de forma que no habríamos ni imaginado hace veinte o treinta años. Así pues, la mercantilización y la tecnologización del cuerpo.

Otro aspecto importante, al menos en el contexto británico, es una misoginia creciente que se expresa de varias formas. Se expresa con una falización de la cultura, una creencia en la autosuficiencia, un odio hacia la dependencia humana común y un ataque hacia el Estado como órgano que se ocupa de las personas. En Inglaterra, el estado del bienestar se ha visto socavado y se ha etiquetado de estado niñera. Es una manera de despreciar lo que se ve hasta cierto punto en la cultura, como un cuidado femenino. Creo que el aumento de la penetración de la cultura pornográfica en las vidas de los jóvenes conlleva una misoginia terrible que las mujeres internalizan. Existen varios factores que llevan a las jóvenes a sentir que ser mujer no tiene valor, a buscar apoyo con respecto a la creencia de que pueden librarse del odiado cuerpo femenino y cambiarlo por uno de masculino. Aquí debo añadir algo, cuando hablo de la mercantilización del cuerpo, o de deseo de cambiar el cuerpo, algunos podrían pensar que no se trata de escoger e ir al

supermercado de los cuerpos y decir “Vale, voy a renunciar a mis genitales femeninos y a escoger los masculinos porque creo que son más bonitos”. Las cosas no son así. La gente con disforia de género severa siente una agonía terrible. Odia su cuerpo. El deseo de liberarse de su cuerpo sexual es mucho mayor que el deseo de tener otro cuerpo. Pero todos estos fenómenos, en nuestra cultura, se fundamentan en que la mercantilización del cuerpo y la misoginia están presentes, y, por lo tanto, afectan a estos fenómenos. Existen muchos otros motivos que no aceptamos, ni entendemos.

Cuando digo misoginia, es importante indicar, al menos en el contexto británico, que hace diez años, el cambio era de un 40 % de mujer a hombre. Ahora ha pasado a ser de un 70 % de mujer a hombre. Existe un gran aumento de la cantidad de chicas que presentan disforia de género y que se ven como transgénero.

Finalmente, también cabe mencionar las redes sociales e internet. Son tanto el vehículo de algunas de las causas que he mencionado como la causa en sí. Generan una enorme amplificación y difunden con facilidad una especie de culto. Los jóvenes que se sienten infelices navegan por internet y esto surge como una posibilidad. Un grupo al que pertenecer, el grupo trans. Les ofrece el sentimiento de pertenencia. Es casi como un culto. En su epidemiología se observan grandes grupos como un colegio o una comunidad y se puede seguir con las redes sociales.

*EW.- Tengo otra pregunta en mente. Como profesionales sanitarios apoyamos a nuestros pacientes en su derecho a autodeterminarse en su vida física y emocional, y nos consagramos a practicar el principio ético de “ante todo, no perjudicar”. Con estos valores en mente, ¿estamos perjudicando la salud emocional de los niños o denegando sus derechos cuando no aceptamos inmediatamente sus peticiones de iniciar la transición?*

DB.- Hay algo absurdo en toda esta cuestión. Por supuesto, lo principal es, y es el título que le dí a un artículo, “ante todo, no perjudicar”. Tenemos el deber de no perjudicar. Parte de ese deber implica mantener un posicionamiento que a veces es incómodo. Se trata de distinguir entre lo que

alguien quiere y lo que necesita. Pero en nuestra cultura de mercantilización, ha habido una presión para abandonar la distinción entre “querer” y “necesitar”. Si alguien quiere algo, el deber del clínico jamás tiene que ser pensar que hay que dárselo porque lo quiere. Tiene que preguntarse, y a eso lo llamo *triangulación*, ¿es esto lo que le convierte a la persona? Tuve a un paciente, fue un caso analítico de hace mucho tiempo, un hombre que no provenía del entorno de la psicoterapia a quien un amigo le preguntó: “¿Qué es el psicoanálisis? ¿Cómo lo describirías?” Y él respondió algo que me conmovió: “Es tener a alguien a tu lado, pero no de tu parte. Eso es algo totalmente distinto”. Pensé que se trataba de una distinción muy útil.

Nuestro trabajo nunca debería ser estar de parte del paciente. Nuestro trabajo es tomarnos en serio lo que nos diga e intentar entenderlo. Lo diré de otra manera. Un día en mí servicio, la Unidad de Fitzjohns, me derivaron a un joven de unos veintidós años. Me lo derivó un cirujano plástico. El cirujano plástico había hablado con este joven que afirmaba que había un problema con su nariz. Ya se había sometido a una cirugía menor y quería que el cirujano se la volviera a operar. El cirujano plástico habló un poco con él y al final le dijo: “No creo que haya ningún problema con tu nariz, pero creo que hay un problema con la relación que tienes con tu nariz. Así que te mandaré a la Clínica Tavistock para ver si podemos pensar más en todo esto”. El hombre vino, hizo psicoterapia y después de un año fue capaz de hablar sobre algunos traumas de su infancia. Fue capaz de ver que lo que odiaba de su nariz era que se parecía a la de su padre. Decidió no operarse la nariz. Ese mismo día, los niños que llegaban al Servicio de Género diciendo que sentían que estaban en un cuerpo que no tocaba y que querían iniciar la transición de género, en unas cuatro o seis sesiones, a veces solo una, se veían reafirmados en su opinión e iniciaban el circuito médico, desde los bloqueadores puberales hasta las hormonas transexuales y finalmente la cirugía plástica. Para mí, esto se aleja terriblemente del deber de un clínico.

*EW.- Es como si los médicos actuaran según las exigencias de los pacientes, arriesgándose para complacerlos.*



DB.- Exacto. Nuestro posicionamiento debe ser neutral. Por ejemplo, si una niña acude a mí, y me dice: “Ahora me llamo John”, personalmente le llamaré John. Es como quiere que le llame. No tiene sentido discutir eso con el paciente, si quiere ese nombre. Pero no estaría inmediatamente de acuerdo con la idea de que es del otro género, ni de que cambiar de identidad sea lo mejor para ella, ya sea por transición social o médica. Y en el caso de niños aún más. Estamos hablando de niños de doce, once, diez o nueve años, que vienen y dicen que son del género opuesto y necesitan tratamiento médico. Nuestro deber para con estos niños es no confabularnos con ellos de inmediato, no reafirmarles, sino investigar qué presiones individuales, familiares, sociales y culturales los han llevado a adoptar esta postura. Si después de pensar en ello, deciden que no quieren iniciar la transición médica y que pueden vivir incómodamente con el cuerpo que tienen, eso sería en muchos casos un buen resultado. Y esto no es presionar u obligar. Es crear el espacio para reflexionar. Pero existe una gran presión que proviene del niño, de la familia y del movimiento ideológico trans que ha afectado a los servicios clínicos hasta el punto de que ahora actúan sin pensar en absoluto. Creen que siempre hay que reafirmar a quien se siente del género opuesto. Esto es muy perjudicial y también ha estado ocurriendo en nuestros colegios. Pero las recomendaciones escolares han cambiado recientemente y ahora ya no ocurre. Perdón, me corrijo. Las recomendaciones escolares han cambiado por parte del gobierno, pero muchos colegios siguen reafirmando a los niños porque StonEWall, un movimiento ideológico trans que era un movimiento estupendo de liberación de gays y lesbianas, se ha convertido en un órgano del movimiento trans, y tiene mucho impacto en los colegios y siguen persuadiendo de que hay que reafirmar.

*EW.- Lo curioso es que exista tanta fuerza para alentar a niños y jóvenes a iniciar la transición. Exista una presión enorme por parte del activismo transgénero. Esta es la última pregunta, ¿Cuáles son sus recomendaciones en cuanto a las mejores prácticas tanto éticas como responsables? ¿Qué prácticas y enfoques deberían desarrollar los profesionales de la salud mental para tratar a niños y*

*jóvenes que quieren iniciar la transición? En cierto modo, ya ha respondido a la pregunta pero quizás podría ahondar en ello un poco más.*

DB.- Diría, ahora que lo pienso, que hay dos aspectos a tener en cuenta. Uno es la relación que se tiene con el niño o joven y la familia, y el otro es la postura que se tiene como ciudadano con responsabilidades políticas. Porque si empezamos por lo segundo y está de acuerdo con mi postura, sobre todo si uno es veterano, creo que es importante pronunciarse. Porque muchos jóvenes estarán de acuerdo, pero tendrán miedo de hablar.

El movimiento que he dicho que es casi como un culto ha conseguido intimidar y hacer que mucha gente discuta. En muchos colegios, hospitales, clínicas y centros de psicoterapia, si alguien se pronuncia y dice: “No creo que se deba reafirmar a este niño. Tenemos que entenderle mejor”, le acusarán de transfóbico. Esto es lo que ocurría en las comisiones de la Tavistock. Algunos clínicos que eran gais estaban muy preocupados porque creían que muchos de estos jóvenes eran gais y lesbianas. Pero no lo podían asumir, o sus familias no podían o su comunidad les intimidaba. Así que veían en la transición una escapatoria. Veían la transición como una homofobia internalizada, un odio por su objeto sexual transformado en odio por su cuerpo sexual y en una necesidad de deshacerse de ese cuerpo sexual. Sabían que estos jóvenes, y hay pruebas de ello, si se dejaban tranquilos y recibían ayuda, podían crecer como gais y lesbianas no conformes con su género, es decir, de género no estereotipado. En vez de hacerles seguir un camino binario, o eres hombre o mujer, y un hombre o mujer bastante caricaturizados, una niña muy niña o un niño muy niño. Pero no estar conforme con el género y ser gais o lesbianas no se contemplaba como una vía de desarrollo apropiada para estos jóvenes. Si eres un clínico, tienes que poder pronunciarte en contra por el daño potencial que se pueda causar a estos jóvenes. Como clínico, lo que hay que tener en cuenta es, en mi opinión, primero que el niño transgénero no existe. Existe un niño que tiene una relación dolorosa, quizás agonizante, con su cuerpo sexual y hay muchas causas que llevan a este estado. Como la homofobia internalizada que es una de las más importantes.

Pero muchos niños presentan otros problemas psicológicos complejos. Por ejemplo, depresión crónica, graves problemas familiares crónicos, como abuso sexual por parte materna, de manera que la madre tiene una relación muy complicada con el cuerpo sexual de su hija, y la hija se percata de ello y siente que es más seguro o mejor que será más querida si es un niño. A menudo son familias en las que ha habido otros tipos de trauma. Me he cruzado con muchos casos en los que han sido víctimas de acoso escolar por ser gais o lesbianas, o en los que sus familias les han amenazado. Así que existen muchas posibles causas. Las estimaciones varían, pero aproximadamente entre un 15 y un 35 % se encuentran en el espectro autista. En niñas, es aún más. Luego existen niños que están perdidos en el mundo. No pertenecen a ningún lugar, sufren cada día, y cuando llega la pubertad sienten los cambios en el cuerpo con tanto terror... Se meten en internet y encuentran el complejo de la sensación de horror hacía el género y todo empieza a etiquetarse en cuanto navegan por internet, como un problema de género. Y luego el resto de problemas acaba en un segundo plano.

La primera tarea del clínico es entender las múltiples causas y la complejidad de la situación, y no solo llamarlo *ser trans*. Por ejemplo, muchos de los ideológicos dicen que hay una alta incidencia de suicidio. De hecho, he conocido a muchos padres a quienes les dijeron: ¿Quieres tener un niño trans, una niña convertida en niño, o quieres una niña muerta? Esto es aterrorizar a los padres. No existe evidencia alguna de que haya mayor suicidio en este grupo. Sí que hay un suicidio indirecto, ¿pero quién dice que se debe totalmente a ser trans, y no a la depresión, los problemas complejos de la familia, etcétera?.

En segundo lugar, existe la necesidad de evitar el daño que se causa cuando se le da a todo la etiqueta de ser trans. Lo que digo es que si el niño tiene ideas suicidas, hay que verlo en términos de los problemas psicológicos complejos que tiene, y no limitarse a decir que se debe a ser trans, por ejemplo. Se tienen que considerar muchos elementos y pensar que muchos niños llegan a las clínicas con un guion que han practicado online y un guion que a veces sus padres les han ayudado a ensayar. Responderán bien a todas las preguntas para poder recibir el tratamiento médico. Se necesita mucho tiempo para desvelar todos estos matices. Hay que ver a la persona

con regularidad. Todo esto no puede verse en un par de sesiones. Pero le hacen iniciar un camino que podría acabar perjudicándole. He conocido a mucha gente que ha hecho la destransición, todas mujeres jóvenes, todas mujeres jóvenes lesbianas no conformes con su género, que tenían disforia de género, pensaban que eran trans, se sometieron a mastectomías y más cirugía, y los cambios irreversibles de la testosterona, y todas se arrepienten. Todas habrían querido que alguien hubiera sido un poco más firme, en vez de ceder. Ante todo, no perjudicar.

*EW.- Creo que tenemos que concluir esta interesante entrevista. Muchas gracias por sus reflexiones sobre este tema. Como profesionales de la salud mental y ciudadanos comprometidos, agradecemos lo que comporta su conocimiento y experiencia en este diálogo en curso sobre el tema. Y quizás podamos reunirnos en Barcelona en un futuro para poder seguir este intercambio con usted.*

Enlace para la entrevista completa:

<https://www.youtube.com/watch?v=p56VV6VQoss&t=202s>