



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto educativo para el profesorado,
familias y niños sobre los menores
transexuales y con disforia de género***

Alumno: Rubén Domínguez Fernández
Directora: M^a del Carmen Massé García

Madrid, 3 de mayo de 2021

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
Presentación	5
Estado de la cuestión	6
1. Fundamentación	6
1.1 Introducción conceptual.	6
1.2 Menores con disforia de género.....	10
1.2.1 Epidemiología.....	11
1.2.2 Diagnóstico de posible disforia.....	13
1.2.3 Abordaje.....	15
2. Justificación	30
3. Población y captación	31
3.1 Población diana	31
3.2 Captación.....	31
4. Objetivos	32
4.1 Objetivos generales	32
4.2 Objetivos específicos.....	32
5. Contenidos	34
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	35
7.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	46
7.2 Evaluación de los resultados	46
8. Bibliografía	48
9. Anexos	50
9.1 Anexo 1 (Cartel)	50
9.2 Anexo 2 (Formulario 1)	51
9.3 Anexo 3 (Formulario 2)	52

Resumen

Las personas transexuales pueden sufrir problemas físicos, psicológico y emocionales causado por una disforia de género. Podemos encontrarnos con un variado número de personas, que desde una edad muy temprana verbalizan y muestran signos de no encontrarse vinculado con el sexo con el que han nacido, mostrando una gran preocupación al sentirse distintos y un elevado nivel de tristeza y frustración.

Por lo tanto, el objetivo principal es el de proporcionar una educación a nivel global y multidisciplinar con al ayuda del profesorado, familias y alumnos, ya que la transexualidad conlleva en muchos casos un gran sentimiento de sufrimiento debido por desconocimiento tanto a las personas que lo sufren como a las que le rodean.

Como profesional de enfermería tenemos que tratar de cuidar la integridad de todas las personas que puedan verse vulneradas y anteponernos a evitar conflictos sociales y psicológicos que afecten a la salud de cualquier persona.

Por ello he querido realizar un proyecto educativo de manera novedosa y accesible en los colegios, fomentando el respeto y el autocuidado, queriendo reflejar una visión más empática y cercana.

Palabras clave: “disforia de género “identidad sexual”, “sexualidad, “adolescencia”, “transexualidad”, y “educación sexual”.

Abstract

Transsexual people may suffer physical, psychological and emotional problems because of gender dysphoria. We can find a varied number of people, who from a very early age verbalize and show signs of not being linked to the sex with which they were born, showing a great concern to feel different and a high level of sadness and frustration.

Therefore, the main objective is to provide a global and multidisciplinary education with the help of teachers, families and students, because transsexuality in many cases brings with it a great sense of suffering due to the lack of knowledge of both the people who suffer from it and those around them.

As a nursing professional we would try to take care of the integrity of all people who may be violated and put ourselves before avoiding social and psychological conflicts that affect the health of any person.

For this reason, I wanted to carry out an educational project in a novel and accessible way in schools, promoting respect and self-care, wanting to reflect a more empathetic and closer vision.

Keywords: "gender dysphoria", "sexual identity", "sexuality", "adolescence", "transsexuality", "sex education".

Presentación

Vivir con rechazo social ocasiona diversos problemas físicos, emocionales y mentales en los individuos. Si la sociedad, de por sí, es capaz de generar grandes secuelas mediante ese rechazo y la discriminación, imaginémosnos cómo sería, si a su vez, ese daño se lo provocara la persona a sí misma. Nacer en una identidad que no concuerda con lo que externamente se puede apreciar y ser educado de una manera incorrecta, al regirse únicamente por lo socialmente aceptado, genera un sufrimiento en el ser humano que no debería pasarse por alto. A lo largo de los años se ha empezado a hablar con más naturalidad de la transexualidad, pero hoy en día sigue siendo un tema demasiado tabú y no está muy bien visto en la mayor parte del mundo.

Quizás cuando a unos padres escuchan por primera vez decir “quiero llevar un vestido” o “soy una niña” a su propio hijo varón puede crearles dudas, miedos y rechazos intentando adoctrinar (tanto de manera no intencionada como intencionada) a su propio hijo que eso no es lo normal. Esto crearía un tema intocable en la familia haciendo sentir al pequeño culpable, infeliz y con muchas dudas sobre sí mismo, lo cual puede llevar a grandes secuelas psicológicas y emocionales al paso de los años. Lo mismo pasaría dentro del ámbito escolar, ya que los niños pasan mucho tiempo fuera de casa rodeados de profesores y compañeros que por desconocimiento o lo que tienen entendido como “lo normal” desencadenaría un sufrimiento de los niños ante la diversidad de opiniones al respecto.

El conocimiento sobre el tema y el como se debe actuar nos serviría para evitar sufrimiento causado durante la infancia y con ello futuras secuelas que marcarían a partir de la adolescencia debido a la desinformación y al rechazo. Como profesionales de la salud no debemos dejar que los niños caigan en situaciones de aislamiento y depresión. Por ello he querido hacer visible la influencia que tiene la desinformación adecuada y la sociedad sobre la transexualidad evitando el sufrimiento mediante la promoción de la salud tanto física como mental y aportar las herramientas y los conocimientos necesarios a los niños, familias y profesorado para evitar una posible disforia de género.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación

1.1 Introducción conceptual.

Para hablar de disforia de género es importante entender varios conceptos, ya que se va a hablar continuamente de sexo biológico, sexo psicológico y sexo social.

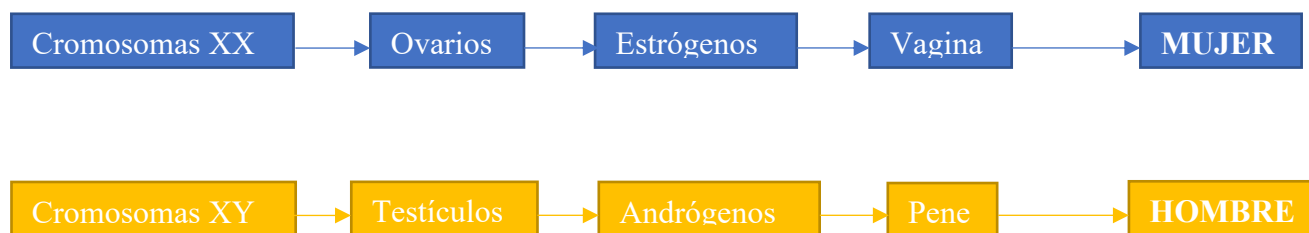
- **Sexo biológico:** es el conjunto de todos los elementos sexuados del organismo, que determina a identificarse a nivel fisiológico como hombre o mujer. Los principales elementos sexuados son: (Romero, 2004)
 - Los cromosomas: estructuras altamente organizadas, formadas por ADN y proteínas, que contiene la mayor parte de la información genética de un ser vivo. Una de la información que aporta es el sexo cromosómico, el cual es XY que determina un sexo varón y XX un sexo de hembra.
 - Las gónadas: son las glándulas sexuales del organismo encargadas en elaborar las células reproductoras. Son los testículos para el sexo masculino y los ovarios para el femenino.
 - Los genitales son los órganos sexuales externos, el pene y escroto para los hombres y el clítoris y vulva para las mujeres.
 - Las hormonas sexuales: son sustancias producidas básicamente por las gónadas y son responsables de dar los caracteres sexuales secundarios. Las hormonas sexuales serían las siguientes:

HORMONAS MASCULINAS	ANDRÓGENOS	<ul style="list-style-type: none">○ Desarrollo parenteral en diferenciación masculina antes de nacimiento.○ Desarrollo de órganos masculinos○ Aparición de vello○ Cambio de voz
HORMONAS FEMENINAS	ESTRÓGENOS	<ul style="list-style-type: none">● Maduración de los órganos reproductores femeninos● Desarrollo de los pechos● Aparición del vello, sobre todo en el pubis● Cambios en el timbre de voz de la mujer● Aparición del ciclo menstrual

Tabla 1. Clasificación de las hormonas sexuales (Amado, y Flórez, 2003)

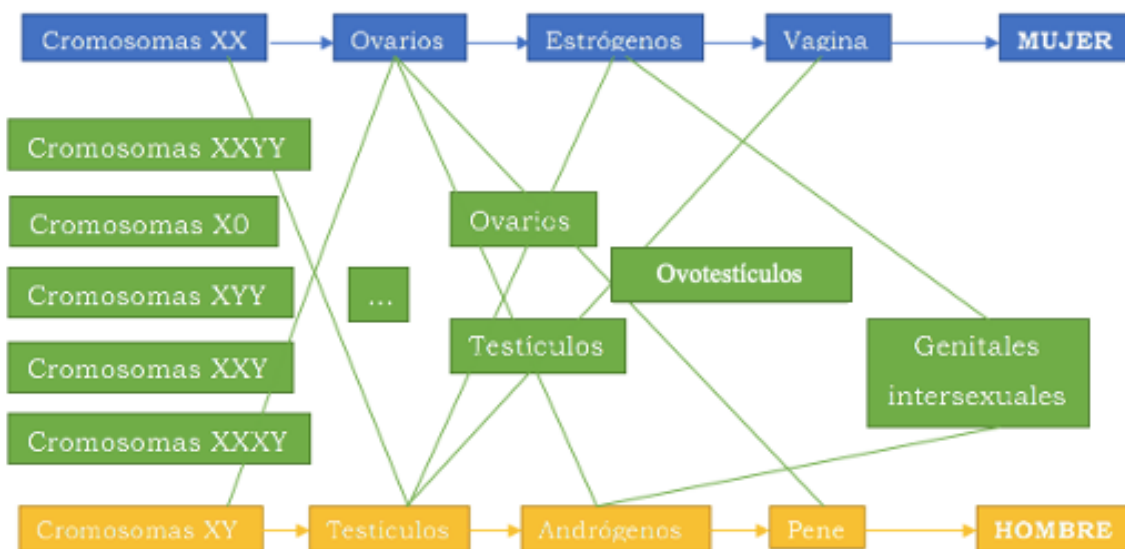
Todas las personas tienen tanto hormonas masculinas como femeninas, pero a distinta proporción. El equilibrio entre ambas hormonas es lo que determina la apariencia sexual externa.

Por lo tanto, el sexo biológico podríamos dividirlo biológicamente de la siguiente manera:



Esquema 1. Clasificación del sexo biológico (elaboración propia)

Pero la realidad no es tan simple, sabemos que hay personas que cuentan con caracteres sexuales que no son los que consideramos establecidos para el varón ni para la mujer, como las personas intersexuales, las cuales no encajan en las definiciones típicas de mujeres y de hombres.



Esquema 2. Modificación de la clasificación del sexo biológico (elaboración propia)

A pesar de ello, dentro de este grupo hay personas que desarrollan una identidad como de hombre o mujer, en la cual hablaremos en el siguiente punto.

- **Sexo Psicológico:** es como la persona se autosexa, es decir, como mentalmente se “siente” la persona sexualmente. Aquí podríamos hablar de la identidad sexual. Sabemos que hay personas que, aunque hayan nacido con unos caracteres sexualmente bien definidos desarrollan una identidad no acorde, como es el caso de las personas transexuales. Es decir, la realidad nos muestra que al nacer con la clásica fisiología de varón no es condición necesaria suficiente para tener una identidad de hombre y nacer con la clásica fisiología de hembra no lo es para tener una identidad de mujer. (Romero, 2004)
- **Sexo Social:** hacemos referencia al género o sexo público que puede ser de hombre o de mujer. Aquí nos podríamos referir al rol de género, que conforma el conjunto de normas sociales y comportamentales que dictan la sociedad de manera simbólica y la cultura sobre el comportamiento que debe tener un chico y una chica. Esto esta orientado para dar visibilidad a las diferencias y desigualdades sociales que existen entre los hombres y las mujeres que provienen desde el aprendizaje, como pueden ser los claros estereotipos, los prejuicios y la influencia de las relaciones. (Lamas, 2000)

Una vez que se han delimitado los conceptos clave del presente trabajo, procederemos a introducir dos nuevos términos “transexualidad” y “disforia de género”.

El término transexualidad fue utilizado por primera vez en un estudio de Hirschfeld en 1923. Este estudio llamado “*Die intersexuelle Konstitution*” utiliza el término de manera genérica para lo que hoy conocemos transexualidad. No obstante, la transexualidad no es algo que empezó a surgir en el siglo XX. Se han encontrado múltiples documentos a lo largo de la historia que demuestran que esta realidad era tan antigua que en muchas sociedades antiguas la transexualidad era más bien venerada y tratada como un don divino, tanto que en la Antigua Grecia y la antigua Roma mitológicamente existía la diosa Castalia, la cual era capaz de acceder a las almas femeninas que estaban encerradas en cuerpos masculinos. Pero no fue hasta 1953 que el endocrino y psiquiatra Harry Benjamin acuñó el término “transexualidad”, el cual propuso un tratamiento con hormonas con el que se identificaban sus pacientes para aliviar su malestar, hasta que en 1966 escribió “*The transsexual phenomenon*” donde combinó la psiquiatría y la endocrinología planteando que es posible adaptar el cuerpo a la mente, pero no a la inversa. A partir de este momento, se empezó a perfeccionar todas las técnicas de reasignación de sexo (principalmente la quirúrgica). (Romero, 2004)

A pesar del gran avance biológico que se produjo a partir de este autor, socialmente la transexualidad fue englobada por el psicólogo John Money en la década de los 70 en el término de “síndrome de disforia de genero” junto a otros trastornos de identidad de género. El transexualismo fue introducido en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales en 1980 (DSM III) denominando de manera directa la transexualidad como una enfermedad a partir de que la Organización Mundial de la Salud lo incluyó como síndrome médico en 1977 en una resolución adoptada en la XXIX Asamblea Mundial de la Salud. Posteriormente en 1990 la OMS desarrollo la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que junto al DSM-IV (1993) se reemplazaría el diagnóstico de transexualismo por el del Trastorno de Identidad Sexual (TIS), de manera que el diagnóstico será:

- Tener un fuerte deseo o un constante sentido de identidad por el sexo opuesto (no solo por el deseo hacia cualquier ventaja cultural que puede tener ser del otro sexo)
- Disconformidad permanente con el genero de uno mismo o la sensación de inadecuación con el rol de genero de ese mismo sexo.
- El problema no se presenta en el mismo tiempo con una condición física intersexual (no es hermafroditismo).
- El problema crea una gran angustia clínica o incapacidad en las áreas sociales, ocupacionales u otras, creando un gran deseo de someterse a una cirugía de reasignación de sexo (CRS) y un tratamiento hormonal. (Romero, 2004)

No fue hasta el 2018 que se anunció de manera oficial por parte de la OMS (Organización Mundial de la Salud) que la transexualidad dejaría de considerarse como trastorno mental con el CIE-11, que entrará en vigor en 2022 para sustituir a la vigente desde 1990, año en el que la homosexualidad sí salió de la lista. (García y Ayuso-Mateos, 2019)

Otras de las propuestas ofrecidas con el CIE-11 fue la sustitución del término de “trastorno de género” por el de “incongruencia de género” con dos subcategorías: incongruencia de género en la edad adulta e incongruencia de género en la adolescencia/infancia, de la cual esta orientada el trabajo. (de Celis Sierra, 2018)

1.2 Menores con disforia de género

La infancia ha sido socialmente construida de una forma en la que el menor es considerado un sujeto sin una identidad formada. Esto es así, hasta que se alcanza la adolescencia. De este modo, se asume que la identidad sexual de los niños y niñas se encuentra delimitada y conformada por la voluntad de sus progenitores, los que a menudo no los educan de una manera adaptada a su edad en el plano sexual, por lo que, estos menores son guiados por un amplio contenido de tópicos, tabúes y falsas creencias, lo cual se hace con el fin de protegerlos, pero sin duda alguna esto complica ciertas situaciones de manera innecesaria. (Zaro, 1999)

Para hablar de la disforia de género en menores primero hay que definir de que se trata el término “disforia”. La disforia es un estado de la persona que provoca emociones desagradables y molestas, como puede ser ansiedad, depresión, tristeza o inquietud. Con esto diríamos que la disforia de genero es el malestar psicológico, emocional y físico del propio género. (<https://psiquiatria.com/glosario/disforia>, 2021)

Es cierto que, según numerosos estudios, no podemos hablar de disforia de genero en menores de 15 años, ya que a esta edad es cuando se construye la identidad y por ello, en teoría, tampoco podríamos hablar de transexualidad. Pero esto no quiere decir que no se puedan proporcionar ciertas herramientas que alivien de alguna manera el malestar que pueden sufrir aquellos niños que se encuentran confundidos desde edades muy tempranas, de forma que se les pueda guiar en el camino que deben recorrer para desarrollar su identidad sexual. En algunas fuentes podemos encontraros con dos tipos de transexualidades: las personas cuya transexualidad era claramente expresada e identificada desde una edad bien temprana haría referencia a una Transexualidad Primaria, mientras que las personas que no realizan el cambio a la adultez debido a una no identificación del sentimiento que sufrían desde una edad temprana sería la Transexualidad Secundaria. Las personas que se identifican en este último expresan que el mayor motivo de lo traumático de este camino es la escasez de conocimientos, ya que podían identificar que les pasaba, porque sabían que algo pasaba provocándoles una gran frustración desde su infancia y un gran rechazo a esta etapa de sus vidas. (Romero, 2004)

Otros especialistas confirmas que la identidad de género se alcanza entre los dos y los cuatro años, destacando la complejidad debido a la falta de vocabulario y a la influencia por parte familiar y educativa, pudiendo alterar la percepción de los niños durante su desarrollo

causando un alto grado de discordancia y rechazo. Por ello, presentar ciertos conocimientos puede ser útil para cubrir las necesidades de todas las personas, tanto de los niños como de sus progenitores. (Vitallé González y Minguijón Pablo, 2019)

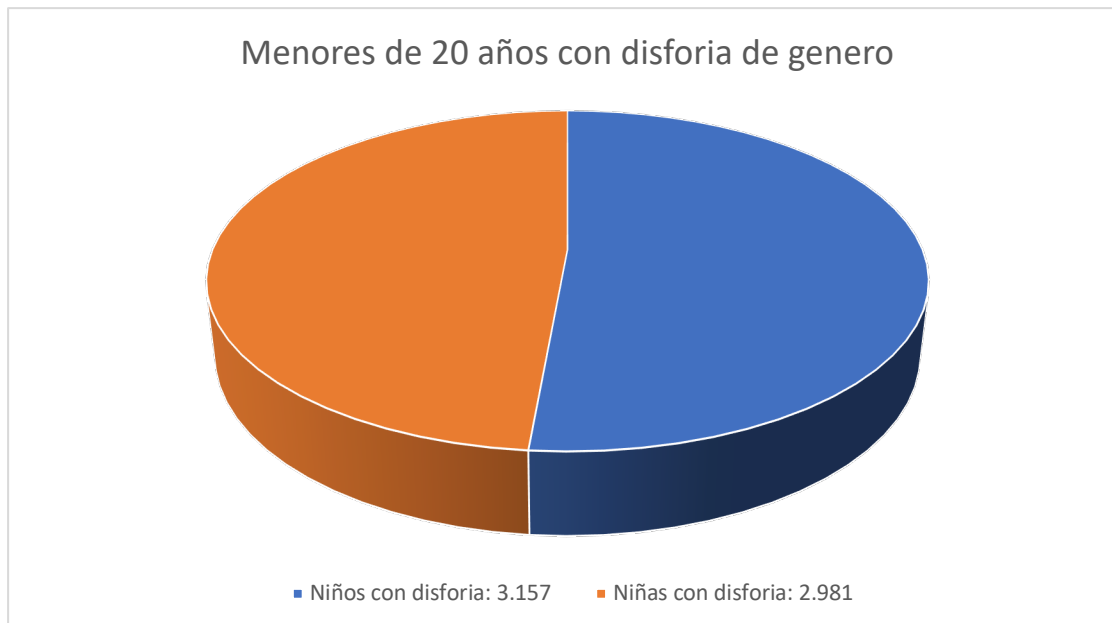
1.2.1 Epidemiología

Antes de hablar de la epidemiología deberíamos destacar que no es 100% fiable los resultados, viéndose de manera exagerada la diferencia de la cantidad de transexuales que hay a nivel nacional con los de otro país como pueda ser Argelia. Esto es debido a varios motivos, ya sea por la baja inversión de la medicina en este campo, a la legalidad dependiendo del país, ya que en muchos países esta totalmente prohibido y a nivel social, cultural y religioso.

También se ha de comentar que la cantidad de personas transexuales no es para nada exacta, ya que muchas personas no son abiertas a su disforia de genero y prefieren seguir manteniéndolo en secreto por culpa de la sociedad, así que solo hablaremos de las disforias tratadas y de los transexuales registrados de manera oficial. Existe escasa información, siendo la más utilizada en la mayoría de los estudios las cifras holandesas. (Devoto, Martínez y Aravena, 2015)

En Holanda se ha hecho diversos estudios y seguimientos de diversos casos, en uno de ellos hablaríamos de un 0,000084% hombres y de 0,000033% mujeres. Si pasásemos este estudio holandés a nuestro país diríamos que aproximadamente habría 1948 transexuales de hombre a mujer y 796 de mujer a hombre. Ciertamente es que cada año que transcurre, más concienciación hay sobre el tema y con más claridad se habla sobre ello. No obstante, este estudio se queda totalmente en desuso, debido a que fue creado por Van Kesteren y Cols en 1996. (Criterios para la designación de Centros, Servicios o Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, 2013)

Según un estudio más reciente realizado por el la Asociación profesional mundial para la salud del transgénero (WPATH) del 2007, 1 de cada 1500 personas serían incluidas dentro de todas las formas de transgéneros. Si realizamos cálculos del numero de menores de 20 años que hay en España según el INE y el porcentaje visto con anterioridad podríamos hablar epidemiológicamente de las siguientes cifras: (Criterios para la designación de Centros, Servicios o Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, 2013)



Grafica 1. Menores de 20 años con disforia de género (elaboración propia)

También podemos encontrarnos con otros estudios como el escocés, el cual es uno de los más recientes, que aproximan que 1 de cada 12.225 habitantes no se sienten identificado con su sexo biológico o el español, en el cual afirma que 1 varón de cada 9.685 no se sienten identificados como varón y que 1 mujer de cada 15.456 no se sienten identificados como mujer. (Hurtado-Murillo, 2015)

Desde los Derechos internacionales de los derechos humanos podemos observar que toda persona tiene derecho a la salud y a la identidad de género, viéndose obligado a proponer estrategias para armonizar dicho proceso. (Ivanova, 2017)

A nivel jurídico en España se ha pasado por varios momentos hasta llegar a la actualidad. En 1983 se despenalizó la operación de cambio de sexo excluyéndolo del delito de lesiones mientras que en 1987 el Tribunal Supremo aprobó el derecho de los transexuales a la hora de cambiar de nombre y de sexo, creándose jurisprudencia. Como requisito debería entregarse un informe médico o psicológico clínico que confirme la disforia de genero y que el solicitante haya estado 2 años en tratamiento como mínimo. En esta sentencia se consideraba que el género prevalece sobre el sexo. (Arribas, 2009)

En el 2001 se autorizó por La Dirección General de Instituciones Penitenciarias una primera circular en la que instaba a la modificación del módulo conforme al criterio de la "identidad sexual aparente", aunque de manera limitada (Arribas, 2009). Mas tarde, en el año

2007, aparece la Ley 3/2007 de 15 de marzo, la cual regula la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. (Ley 3/2007, de 15 de marzo)

A nivel legislativo, lo último que trata sobre la transexualidad fue en el 2020, en el cual se presentó a la Comisión de Igualdad del Congreso la solicitud de una Ley Trans, la cual permitirá cambiar el sexo en el registro sin aportar documentación médica y sin someterse a hormonación o cirugía y sin la necesidad de ser mayor de edad. Con la Ley 8/2020, de 11 de noviembre, se garantiza los derechos de las personas lesbianas, Gais, Trans, Transegenero, Bisexuales e intersexuales y no discriminación por razón de orientación sexual e identidad de Género. (Ley 8/2020, de 11 de noviembre)

1.2.2 Diagnóstico de posible disforia

Gracias a la normalización y a la perspectiva despatologizante que estamos viviendo en los últimos años se va haciendo más sencillo realizar un diagnóstico ya que hay un poco más de libertad a la hora de hablar de sexualidad. No obstante, tener un diagnóstico objetivo sobre la disforia de género / transexualidad es prácticamente imposible, ya que la información aportada por el paciente resulta ser la mayoría de las veces informaciones muy subjetivas, ya sea de manera no intencionada o a propósito. (Rodríguez, Mora, Sánchez y Gidseen, 2017)

Existen ciertas señales que podrían hacernos pensar que un niño muestra signos de desacuerdo con su género natal, como por ejemplo identificarse a la hora de jugar con el rol femenino o hablar sobre su futuro como mujer. Pero como hemos comentado con anterioridad, estos datos son muy subjetivos, ya que estos ejemplos pueden deberse simplemente a una personalidad más socialmente femenina o a su orientación sexual. (Romero, 2004)

Para diagnosticar una posible disforia de género se precisa de un proceso multidisciplinar ya que no solo basta con una reasignación hormonal y una intervención quirúrgica. Se precisa apoyo en las dificultades emocionales y cognitivas, aportando estrategias de afrontamiento y normalización. (Asenjo-Araque, Rodríguez-Molina, Lucio-Pérez y Becerra-Fernández, 2011)

Algo que debemos tener claro antes de diagnosticar a una persona como disforia de género es diferenciarlo con otros términos:

- **Travestismo:** La transexualidad no es sinónimo de travestismo. El travestismo hace referencia a las personas que por gusto, ocio o excitación se viste con ropas del sexo contrario, sin tener nada que ver con una posible convicción y sentimiento de la pertenencia al sexo biológico opuesto.
- **Homosexualidad:** Una persona transgénero no conlleva a una homosexualidad. La homosexualidad es la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia personas del mismo sexo. Una mujer que realmente se siente identificada como hombre no significa que le vaya a gustar el sexo femenino, como tampoco que le vaya a gustar el sexo masculino. Como hemos explicado en el principio, una cosa es la identidad género y otra la orientación sexual.

Por ello, el diagnóstico de la disforia de género es un proceso muy largo y lento, en el cual debe recogerse información general de su personalidad, desarrollo psicosocial, comportamiento, orientación sexual, imagen corporal y situación social y familiar. Hay que estar muy pendientes de evaluar la existencia de ciertas psicopatologías asociadas como pueden ser: adicciones, tendencias suicidas, perversiones, trastornos de personalidad, cuadros psicóticos, enfermedades mentales orgánicas y discapacidad intelectual. (DSM-IV-TR, 2002)

Según la DSM-IV, el diagnóstico se lleva a cabo según algunos criterios establecidos:

Sentido de disconfort con el sexo anatómico
Deseo de intervención quirúrgica para vivir como miembro del otro sexo
Disturbio continuo (no limitado a periodos de estrés), durante al menos dos años
Ausencia de intersexo físico o anormalidad genética
No debido a un desorden mental coexistente

Tabla 2. Criterios establecidos según la DSM-IV para la realización del diagnóstico de disforia de género.

Estos datos de la OMS están a punto de cambiar, debido a que el trastorno de identidad de género tiene como objetivo desaparecer como patología mental en un periodo de tiempo muy corto. También observamos algunos datos que ciertos médicos o psicólogos descartan que sean del todo cierto, como puede ser el deseo de operarse para cambiar de genitales, no todos los transexuales tienen este deseo y optan por seguir manteniendo sus genitales natales a pesar de considerarse del sexo contrario.

Para resumir, es un tema muy complejo que realmente debido a la sociedad dificulta una ayuda sobresaliente en la mayoría de los casos. Lo más importante es acompañar y verbalizar sobre el tema para llegar al fondo del asunto y poder decir si una persona está pasando realmente por una disconformidad de su sexo biológico o no. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

1.2.3 Abordaje

1.2.3.1 Impacto social

La pubertad suele venir acompañada de grandes conflictos, siendo un período complicado para todos, debido a las hormonas y los cambios físicos que sufre el cuerpo humano durante esta etapa de desarrollo. Debemos imaginar que cuando estas personas se están convirtiendo en algo que no quiere, se hace más difícil experimentar todos estos cambios. Las mujeres que se sienten hombres ven como aumentan sus senos o empiezan a menstruar y los hombres que se sienten mujeres ven como no les crecen los pechos provocándoles una etapa llena de traumas y conflictos internos. En ese momento, todas las expectativas sobre el futuro se derrumban, y sus cuerpos se desarrollarán de acuerdo con su propia identidad y se identificarán con ellos mismos. (Becerra-Fernández, Lucio-Pérez, Rodríguez-Molina, Asenjo-Araque, Pérez-López, Rabito y Román, 2010)

La realidad los vuelve más dolorosos y desesperados. Se encuentran en cuerpos no deseados y no tienen ayuda emocional que los ayude a superar esta situación, ni referencia para orientar sus necesidades, pasando mucho tiempo de sus vidas buscando profesionales capacitados para ayudarlos. No hay posibilidad de tregua. No pueden disfrutar de la vida como las personas que no nacen con el género equivocado, porque ellos están bajo presión constante frente a los demás y sus actitudes. (Arribas, 2009)

Las terceras personas que se encuentran en el entorno de las personas transexuales no facilitan que salgan de esta traumática disforia de genero, debido a que realmente no está totalmente normalizado incluso en países muy avanzados socialmente como puede tratarse de España. Las familias ven que sus hijos sufren y se hacen una idea de lo que está sucediendo, pero no saben como actuar ni como ayudar a los más pequeños. No deja de ser algo diferente, algo fuera de lo comúnmente conocido provocando dudas y cierto miedo a lo desconocido que no ayuda nada a que estas personas encuentren un camino fácil a su satisfacción sexual. (Gavilán, 2018)

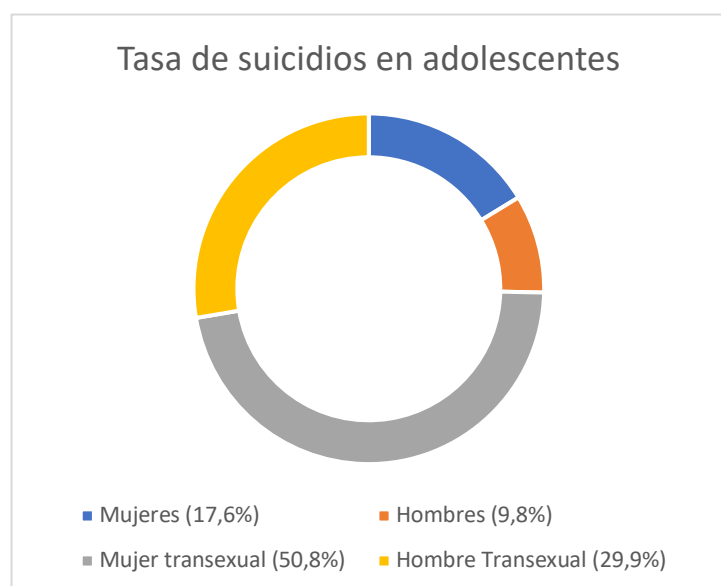
1.2.3.2 Impacto psicológico

Como hemos comentado de manera continua, ayudar a las personas con disforia de genero es muy complejo ya que se debe abordar varios temas como a nivel psicológicos o psiquiátricos, por ejemplo. Por ello se debe trabajar con un equipo multidisciplinar y de manera global, presentando interés en todos los aspectos, no solo a la problemática que tiene con su identidad de género. Esto no significa que el psiquiatra o el psicólogo esté ahí para curar su disforia de genero o acabar con su transexualidad, ellos están para ayudar a esta persona a sentirse mucho mejor enfrentando otros problemas distintos, aclarando y aliviando conflictos. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

En el impacto que provoca la sociedad he comentado que tanto la pubertad como el entrono puede provocar grandes conflictos emocionales y psicológicos, creando ansiedades, depresiones, miedos, frustraciones y rechazos.

Tan grave es que el numero de intentos de suicidios en transexuales es asombroso. Un estudio realizado por la revista médica "*Pediatrics*" publicada por la Academia Estadounidense de Pediatría en 2018, dice que casi el 14% de los adolescentes que participaron habían tenido intención de provocarse la muerte de manera intencionada en algún momento de su vida y que las mujeres que se sienten hombres que participaron en el estudio, más de la mitad (50,8%), lo habían intentado y las mujeres transgéneros un 29,9%. (Toomey, Syvertsen y Shramko, 2018)

Sentirse marginado, estigmatizado y aislado lleva a muchos niños a un elevado nivel de desesperanza e impotencia, que es una de las causas de la depresión y el uso de sustancias. Por ello es muy importante la atención psicológica y psiquiátrica, más el apoyo familiar, ya que es más probable que prosperen y manifestar niveles similares de funcionamiento psicológico que sus los demás. (Sieso, 2006)



Grafica 2. Tasa de suicidios en adolescentes (elaboración propia)

1.2.3.3 Intervención endocrina

Se trata de una intervención de terapia hormonal cruzada realizada mediante hormonas del sexo opuesto al biológico para dar comienzo a una reasignación hormonal. Con esto provocaríamos una reducción significativa del sufrimiento psicológico al mejorar la aceptación del entorno y un resultado estético del sexo deseado. (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)

Para poder comenzar con el tratamiento endocrino debe cumplir una serie de criterios:

Tener 18 años
Conocer los beneficios y riesgos hormonales
Mínimo 3 meses de documentación sobre la realidad deseada
Conseguir una consolidación del deseo hacia la nueva identidad sexual
Mantener y mejorar una salud mental estable
Responsabilidad respecto al cumplimiento hormonal.

Tabla 3. Criterios para el tratamiento endocrino (elaboración propia)

No obstante, los protocolos establecidos se prescriben de manera personal y a criterio del endocrino pediátrico según las circunstancias del desarrollo personal de cada menor. A partir de los 14 años el menor será atendido por un endocrino de adultos para realizar tratamiento hormonal. Esto se debe al elevado número de menores que empieza a dicha intervención sin supervisión médica de la hormonación, provocando que no siempre se cumpla el requisito de mayoría de edad. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

En esta valoración se realiza: anamnesis, antecedentes personales y familiares, hábitos higiénicos, dietéticos y familiares, datos antropométricos, presión arterial, perfil hidrocarbonado y lipídico, pruebas de función renal y hepática, pruebas de coagulación, perfil hormonal, técnicas de imagen, cariotipo y serología. Tras la dicha valoración hay que tener cuidado con las posibles contraindicaciones: (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

- El hombre con disforia de género no podrá seguir dicha hormonación si sufre de enfermedades tromboembólicas, obesidad mórbida, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, hepatopatía crónica e hipertrigliceridemia severa
- Mientras que la mujer con disforia no podrá si padece: insuficiencia hepática, hepatitis, síndrome nefrótico, descompensación cardiaca.

A pesar de tener que pasar por un diagnóstico y valoración durante 3 meses, no tiene porque darse como condición el deseo de una intervención quirúrgica.

Un tratamiento hormonal producirá importantes cambios antropométricos, como modificaciones del comportamiento graso y muscular, distribución de grasa corporal, índice de la cintura y cadera, grosor de los pliegues cutáneo y cambios del peso corporal y presión articular. (5) Algunos de los efectos esperados de la intervención endocrina son:

De Hombre a Mujer	Comienzo esperado	Efecto máximo esperado	De mujer a hombre	Comienzo esperado	Efecto máximo esperado
Mamas	3-6 meses	2-3 años	Alargamiento de clítoris	3-6 meses	1-2 años
Redistribución de grasa	3-6 meses	2-5 años	Vello facial y corporal	3-6 meses	4-5 años
Reducción de masa muscular y fuerza	3-6 meses	1-2 años	Acné, piel grasa	1-6 meses	1-2 años
Suavización de la piel	3-6 meses	Desconocido	Incremento muscular y fuerza	6-12 meses	2-5 años
Disminución de erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 años	Voz grave	3-12 meses	1-2 años
Disminución del volumen testicular	3-6 meses	2-3 años	Cese de reglas	2-6 meses	
Adelgazamiento y enlentecimiento del vello facial y corporal	6-12 meses	3 años	Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años
Voz y nuez	No disminuye	No desaparece			

Tabla 4. Efectos esperados de la intervención endocrina (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)

A continuación, podremos observar más a fondo las peculiaridades que tiene cada terapia hormonal cruzada dependiendo del sexo deseado.

Tratamiento hormonal de transexuales de hombre a mujer:

Se trata de la supresión de los caracteres sexuales originales mediante un tratamiento antiandrogénico por diferentes mecanismos: (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

- Supresión del LH y FSH hipofisaria (gonadotropinas masculinas) mediante análogos de LHRH, para inhibir la producción gonadal de hormonas. Esto provocaría como efecto adverso sofocación (parecido a los que tienen las mujeres post-menopáusicas). Sus efectos son reversibles y el uso está destinado a una castración química que necesitan los transexuales muy jóvenes que desean retrasar su desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a la espera de cumplir la mayoría de edad.
- Espironolactona y finasterida: Medicaciones que provocarían una inhibición de testosterona o su conversión a 5 α -medroxiprogesterona (androstanolona).
- Acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona, flutamida y espironolactona para bloquear los receptores androgénicos.

La longitud del pene no disminuirá, pero a causa de la acumulación de grasa en el abdomen, dará una sensación de disminución en su estado relajado. Las erecciones espontáneas irán desapareciendo durante los primeros 3 meses, pero no disminuirá tras la excitación. El volumen testicular también reducirá su tamaño en un 25% durante el primer año.

El tratamiento estrogénico que seguir sería el siguiente:

- Etil estradiol: Estrógeno más potente y común debido a su fácil disponibilidad y bajo precio.
- Estrogenos conjugados: Menos efectos adversos que anterior.
- 17 β -estradiol: El más potente de l estradiol, estrona y estriol.
- Estriol: El menos potente. Precisa de altas dosis. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

Los estrógenos serían los encargados en introducir los caracteres sexuales femeninos. Suele combinarse con progesterona para reducir el riesgo estrogénico-dependiente de cáncer

de mama. Debido a ello los transexuales también deberá someterse a palpación y mamografía de manera periódica. Tras la cirugía ha de reducirse al mínimo las dosis de estrógenos para que produzcan síntomas de deficiencia y evitar futura osteoporosis. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

Los efectos adversos que podemos encontrarnos serían: enfermedad venosa tromboembólica, Hipertrigliceridemia, litiasis biliar, ganancias de peso, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hiperprolactinemia o prolactinoma, diabetes tipo 2 y cáncer de mama. (Solá, Vayá, García-Torres, Cubells, Casáñ, Garzón y Hernández, 2005)

Tratamiento hormonal de transexuales de mujer a hombre:

En mujeres no se puede anular el efecto de los estrógenos sobre los caracteres sexuales mediante antihormonas, debido a que los antiestrógenos estimularía las gonadotropinas produciendo una secreción ovárica de estrógenos. El tratamiento que seguiría sería el siguiente: (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

- Análogos de LHRH: inhiben la función que realizan los ovarios, no obstante, es de suma importancia observar los sofocos que produce y saber que no suprimen los caracteres sexuales.
- Andrógenos: colaboran en:
 - Producir la amenorrea permanente de manera intencionada que es tan indeseada deseada para este grupo personas a los 2-3 meses del tratamiento. Suele ser la testosterona la que consigue este resultado, pero debe ser administrada por vía intramuscular, debido a que la vía oral no consigue un resultado tan sobresaliente. También se puede conseguir este efecto con progestágenos debido a sus propiedades antigonadotrópicas.
 - Alargamiento del clítoris, aunque en variable grado siendo muchas veces suficiente para realizar actividades sexuales satisfactorias.
 - Aumenta la libido.

Esta intervención hormonal debe continuarse incluso después de la ovariectomía, para intentar evitar los sofocos, la pérdida de las características masculinas adquiridas y la

osteoporosis. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

Algunos riesgos que podemos encontrarnos son: acné (puede crear problemas debido a una piel tan sebácea), Policitemia, aumento de peso, alopecia Androgénica, apnea del sueño, hiperlipidemia, Hipertransaminemia, desestabilidad de ciertos problemas psiquiátricos, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, pérdida de densidad mineral ósea provocando Osteoporosis, cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de ovario y cáncer de útero (Davis, Wahlin-Jacobsen, 2015)

Consideraciones específicas para menores:

La etapa de infancia y la adolescencia esta dividida en cuatro periodos: prepuberal, inicio puberal, adolescentes en mayoría de edad sanitaria y adultos. El bloqueo de la pubertad o del inicio puberal y la continuación de esta, esta en gran controversia debido a las grande ventajas e inconvenientes que traería consigo la terapia hormonal cruzada.

Hay que saber que la supresión de la pubertad como comienzo en la intervención endocrina para cambio de sexo debe seguir un enfoque clínico cuidadoso, sin iniciarse antes de que la pubertad haya progresado (11-13 años), el uso de un tratamiento GnRH α (no investigado completamente el uso seguido con hormonas de sexo cruzado y cirugía de reasignación) parece dar buenos resultados en cuanto a calidad de vida se refiere. (Heylens, Elaut, Kreukels, Paap, Cerwenka, Richter-Appelt y De Cuypere, 2014)

Podemos diferenciar dos fases para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con disforia de género. (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)

- Fase 1. Menores de 16 años: (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)
 - Asesoramiento familiar y psicoterapia de apoyo.
 - Bloqueo puberal con análogos de GnRH una vez confirmada la transexualidad y el inicio puberal
 - Tratamiento:
 - Acetato de Triptorelina intramuscular cada 28 días.
 - Acetato de Triptorelina intramuscular cada 6 meses en dosis más altas.
 - Acetato de Histrelina vía subcutánea anual.

Para comenzar con esta fase se deberá cumplir ciertas exigencias a la hora de elección. Es muy importantes explicarles a los adolescentes y a la familia las ventajas y desventajas que conllevaría el bloqueo puberal e informarles que no implicaría que más adelante deba continuar con el tratamiento cruzado. Los criterios serían los siguientes:

- Cumplir con los criterios de la DSM-5 sobre disforia de genero
 - Estadio 2-4 de la etapa puberal.
 - Los cambios puberales en fase temprana provocan un aumento de disforia de género.
 - No presentar problemas psiquiátricos que afecte al diagnóstico o terapia.
 - Apoyo psicológico y social adecuado durante el proceso.
 - Asegurarnos de la comprensión y conocimiento del menor sobre el tratamiento hormonal.
 - Consentimiento informado de los padres en menores de 14 años.
- Fase 2. Menores entre 16-18 años: (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)
 - Asesoramiento familiar y psicoterapia de apoyo.
 - Bloqueo puberal con análogos de GnRH continuado hasta la gonadectomía o la terapia hormonal cruzada de mantenimiento.
 - La terapia hormonal cruzada de menores con disforia de genero de hombre a mujeres es con 17β estradiol / Valerato por vía oral (diaria) a dosis aumentadas cada 6 meses hasta alcanzar la dosis de 2mg/día que es la de mantenimiento en adultos.
 - La terapia hormonal cruzada de menores con disforia de genero de mujer a hombres es con testosterona vía intramuscular (cada 2-3 semanas) a dosis creciente cada seis meses, hasta alcanzar 100mg durante dos meses con la finalidad de llegar a la dosis de mantenimiento en adultos, la cual es de 200-250 mg.

En esta fase se deberá seguir ciertos criterios:

- Cumplir con los criterios para el tratamiento con GnRH
- Mayoría de edad sanitaria (excepcionalmente puede ser a partir de los 15 años).

- Mayor consolidación de género si se cumple con el periodo de “experiencias en la vida real”, la cual dura 12 meses. Por ejemplo, si ha habido terapia supresora con anterioridad no sería necesario.
- Sería el responsable del cumplimiento de la terapia hormonal.
- Consentimiento informado hacia el adolescente al ser mayor de 16 años.

La controversia, comentada al principio, es debido a los elevados argumentos a favor y en contra del bloqueo puberal detallados a continuación:

Argumentos a favor del bloqueo puberal: (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)

- Mejora destacable de la disforia y desarrollo social. Esto provocaría un cambio de apariencia de acuerdo con el género deseado.
- El retraso provocaría desventajas psicológicas provocando un mal estar intenso que conllevaría a posibles: depresiones, ansiedades, baja autoestima, fobias sociales, trastornos alimentarios, ideas suicidas, automutilaciones, hormonación sin control médico.
- Obtención de más tiempo para explorar su identidad de género por si se presenta alguna posibilidad de un diagnóstico erróneo de transexualidad.
- Evitaría futuras intervenciones quirúrgicas como puede ser la mastectomía o la maxilofacial.
- Evitará los cambios de voz, el aumento de la nuez y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios irreversibles,
- Posible relación directa en adultos entre el momento de resignación sexual y un resultado desfavorable tras la operación.

Argumentos en contra del bloqueo puberal: (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)

- Alteración del desarrollo natural y espontaneo de la propia identidad de género debido a que la identidad no se desarrolla hasta los 14 años. Otros estudios a favor critican este hecho ya que aseguran que se ha demostrado que las disforias de género en muy persistentes desde las primeras fases de la pubertad con arrepentimientos excepcionales.
- Riesgo a osteoporosis mantenida en la adultez debido al retraso de adquisición de masa ósea.

- Retraso de crecimiento y reducción de talla final.
- Inhibición de fertilidad durante el bloqueo y posibilidad de mantener la infertilidad incluso después de estimular las gónadas con gonadotropina.

1.2.3.4 Impacto físico e intervención quirúrgica

Físicamente se suele presentar complicaciones y un gran impacto con el inicio de la pubertad, debido a que muchas niñas que se sienten niños ven por ejemplo crecer sus mamas o empezar con la menstruación y muchos niños que se sienten niñas ven como les aumenta el vello corporal o se les agrava la voz. Esto crea grandes problemas en ellos creando una necesidad de cambio. Estos cambios serían las intervenciones quirúrgicas de reasignación de género. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

Es destacable comentar antes que no todos los transexuales optan por una reasignación de sexo quirúrgica. Hay varios factores que intervendrían en ello como puede ser la falta de desarrollo en la cirugía genital de mujeres a hombres o por decisión y gusto propio. (Fernández, Guerra, Martín, Martínez y Álvarez-Diz, 2020)

Hay ciertos criterios de elección y disposición que se debe de tener en cuenta para poder realizar cualquier tipo de intervención:

Ser mayor de edad legal
Si no hay contraindicaciones médicas, deberá estar mínimo un año de tratamiento hormonal continuo. Este año deberá realizarse con éxito con ganas de seguir con una reasignación quirúrgica.
Participación regular con un psicoterapeuta durante este proceso
Demostrar conocimiento sobre los costes, la hospitalización, complicaciones posibles y rehabilitación postquirúrgica.
Conocer varios cirujanos
Demostrar progresos en la formación de la nueva identidad sexual.
Demostrar mejoría en su ambiente laboral y familiar, mostrando un gran afrontamiento y mejorando de manera considerable su salud mental mejorando su autoestima sin distorsiones en su imagen corporal.

Tabla 5. Criterios y disposición para tener en cuenta para realizar intervención quirúrgica. (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)

Hay una excepción, la cual es demostrar que ha vivido durante muchos años como miembro del sexo contrario a su sexo biológico sin pasar por tratamiento hormonal descartando cualquier problema mental. (Guerrero-Fernández, Barreda-Bonis y González-Casado, 2015)

Para dar comienzo a la intervención deberá ser valorado por el endocrino y seguir un tratamiento hormonal que suele requerir de uno a dos años, con controles cada 3 meses durante el primer año y después cada medio año. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

Las dos intervenciones más comunes dentro de la transexualidad sería:

- Cirugía genital
 - De hombre a mujer: Se trata de la transformación de los genitales externos masculinos a femeninos mediante técnicas muy elaboradas y experimentadas. Las técnicas quirúrgicas que se realizarían serían las siguientes: (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)
 - Castración: extirpación de las gónadas sexuales, en este caso los testículos.
 - Penectomía: remoción total del pene.
 - Vaginoplastia: Construcción, mediante la piel del pene, de una nueva vagina.
 - Clitoplastia: creación del clítoris con gran parte del tejido del glande.
 - Labioplastia: formación de los labios vaginales con la piel del escroto.
 - De mujer a hombre: Se trata de la transformación de los genitales femeninos por unos masculinos. La diferencia con el anterior es que hay que extirpar los genitales internos y reconstruir unos genitales externos masculinos mediante una multitud de técnicas que no obtiene el mismo resultado tan desarrollado que la intervención anterior. Estas técnicas son: (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)
 - Histerectomía: extirpación del útero total.

- Salpingo-ooforectomía: extirpación de los ovarios y las trompas de Falopio.
 - Vaginectomía: resección total de la vagina
 - Metaidioplastía: se trata de la construcción del pene mediante el clítoris hormonalmente aumentado.
 - Escrotoplastía: reconstrucción del escroto utilizando, generalmente, el tejido de los labios mayores, implantes de silicona o testiculares salinos.
 - Uretroplastía: creación de la uretra tras la metaidioplastía.
 - Prótesis testicular
 - Faloplastía: creación del pene utilizando otras partes del cuerpo como puede ser del antebrazo, del muslo o del abdomen.
- Cirugía de mamas: Las mamas son caracteres sexuales secundarios de gran importancia, las cuales pueden ser tanto aborrecida por las mujeres que se sienten hombres, como deseadas por los hombres que se sienten mujeres. Las dos intervenciones que se realizarían serían: (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)
 - Mamoplastia: la realiza los hombres que se sienten mujeres siempre y cuando haya sido documentado por el endocrino y el psicoterapeuta tras 18 meses de un tratamiento hormonal. Esto es debido a que las propias hormonas tienen a aumentar las mamas debido a un desarrollo mamario.
 - Mastectomía: suele ser la primera intervención que realiza las mujeres que se sienten hombres y en muchos casos la única, debido a la falta de desarrollo que tiene la cirugía genital de mujer a hombre. En este caso si se puede realizar la intervención durante la hormonación.

No obstante, hay otro gran número de intervenciones o tratamientos que suele realizarse para dar como terminada la reasignación de género: (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

- Condroplastia (técnica que reduce el cartílago tiroideos)
- Lipoplastia (de hombre a mujer) y liposucción (de mujer a hombre) de caderas.
- Rinoplastia (para feminizar la nariz)
- Fonocirugía (cuerdas vocales)
- Reducción maxilofacial (para hacer una cara más fina, típica del sexo femenino)

- Trasplante capilar (para tratar la calvicie o creación del vello facial)
- Tratamiento para eliminar vello de forma definitiva.

Al finalizar la reasignación de género es sumamente necesario un seguimiento médico a largo plazo y, en algunas ocasiones, acompañamiento psicológico. Los controles deberían realizarse con periodicidad a lo largo de toda la vida y servirían para corregir algunos efectos adversos del tratamiento, prevenir algunas complicaciones como puede ser la osteoporosis, enfermedades cardiovasculares o hepáticas y para confirmar que la calidad de vida ha mejorado de forma significativa. (Becera Fernández, Barril Vicente, Campilo Álvarez, Charro Salgado y Antonio de Luis Román, 2002)

1.2.3.5 Acompañamiento familiar

A nivel personal, los jóvenes con disforia de género empiezan con una etapa de total desconocimiento, debido a que no saben que les pasan. En esta etapa sufren malestar, insatisfacción corporal y extraños porque se sienten totalmente diferente a los demás. (Sieso, 2006)

En España nos encontramos con dos protocolos que se ajusta perfectamente en nuestra sociedad y cultura. Usaríamos una atención psicológica y una atención médica multidisciplinaria, en las cuales, el acompañamiento adecuado de la familia es totalmente necesario para el bienestar del menor. (López, Guzmán y Miranda, 2018)

El acompañamiento familiar es de suma importancia para el desarrollo de las personas durante su infancia y adolescencia. Acompañar no se trata de decidir sobre sus hijos, hermanos o nietos y ni mucho menos si es transexual o no, porque no es una decisión que entre dentro de su competencia ni en la de nadie. La familia tiene de por sí la obligación moral de proteger y apoyar a los menores de 18 años que están a su cargo. (Romero, 2004)

Las familias ocasionalmente se encuentran con señales, gustos o actitudes que muestran que el sexo psicológico no encaja con el sexo social ni con el sexo biológico. No obstante, ninguna de estas señales, preferencias o roles determinan en ningún caso la identidad sexual, siendo la duda normal, ya que si un niño prefiere jugar con muñecas y una niña jugar al fútbol no implica para nada que sea heterosexual, homosexual o transexual. Por ello en los casos que no hay verbalización no podemos usar las señales o la ausencia de ellas

como respuesta a conocer la identidad de género del menor. Es un terreno desconocido para la mayoría ya que todavía está en proceso de normalización y los únicos que pueden decir cuál es su identidad sexual son ellos mismos. (García Casuso y Aventín Ballarín, 2018)

La forma de saber si una persona se encuentra en un género equivocado sería a través de señales verbales hacia el tema. Dependiendo de numerosos factores como pueden ser la edad, el acceso a la información, la capacidad de asimilar y el carácter. Podemos hablar de distintos tipos de verbalización:

- Verbalización directa y sin filtro (habitualmente en la primera infancia). Ej.: nuestro considerado “hijo” empieza a considerarse como “yo guapa, yo baja”.
- Expresiones hechas mirando hacia el futuro. Ej.: nuestra considerada “hija” comenta su deseo de “cuando crezca quiero ser un hombre como papá”.
- Tener en cuenta que las personas no binarias hace un poco más complejo la autodeterminación sexual y la mayor de esta debido a la ausencia de referencias.

Que corriamos, limitemos, intentemos reconducir, castigar y mostrar lenguaje no verbal como puede ser nerviosismo, miedo o mala cara al hablar del tema provocaría que deje de verbalizarlo, pero no implicaría que el menor haya dejado de sentirse del sexo opuesto.

Oprimir la verbalización de nuestro familiar con posible transexualidad e intentar reconducirle hacia lo que socialmente está considerado “lo normal” podría provocar una disforia de género grave pudiendo provocar sufrimiento, ansiedad, frustración, Transfobia interiorizada, negación de la propia identidad, aislamiento, trastornos de la conducta, autolesiones e incluso ideas suicidas. (García Casuso y Aventín Ballarín, 2018)

Entonces, ¿qué debemos hacer para acompañar y ayudar de manera adecuada y respetuosa a los más pequeños? Deberíamos realizar las siguientes pautas: (García Casuso y Aventín Ballarín, 2018)

- Escucha: Escucha activa de nuestro ser querido eliminando todos los prejuicios y ampliar nuestros conocimientos para poder ayudar.
- Información: Es necesario conocer el tema y todas las opciones posibles ante su identidad sexual para poder informales a ellos. Si observamos algún signo que nos haga replantearnos si el pequeño tiene un género opuesto al biológico sin verbalización sobre el tema habría que considerar la necesidad de aportar dicha

información específica sin mostrar nuestras dudas, tratándolo de manera totalmente natural.

- Seguridad: estar seguros y asegurar que vamos a mostrar todo el cariño y apoyo de manera incondicional y hacer todo lo necesario para que ocurra también en sus entornos. Debemos asegurarnos de que el entorno no frene al descubrimiento de la real identidad.
- Respeto: No corregir ni emitir juicios de valor. Es importante no criticar que nuestra hija este jugando al fútbol porque sea un juego de niños ni a que nuestro hijo le guste vestir vestidos. No lo hacen con malicia, simplemente están experimentando y expresándose.
- Reconocimiento de la identidad:
 - Si no nos han comunicado su identidad, intentar utilizar términos neutros o adjetivos cariñosos que no tengan género como pueden ser “que preciosidad”, “cariño” o “peque”, por ejemplo.
 - Si nos lo han comunicado utilizar la terminología correspondiente a su auténtico género.
 - Es importante realizar esto cuanto antes, porque no resulta del todo sencillo y usar terminologías del género con el que veníamos tratando a la persona desde su nacimiento puede dañarles.
- Ritmo: hay que dar tiempo a la persona y observar que el ritmo asegura que la decisión sea libre. No hay prisa ni necesidad que etiquetar, la realidad puede ser cambiante por el proceso de autodescubrimiento o evolución.

Una vez que pueda verbalizar su verdadera identidad sexual deberemos sentirnos orgullosos de nuestro proceso de acompañamiento y sobre todo orgullosos de la lucha interna de los más pequeños. (García Casuso y Aventín Ballarín, 2018)

2. Justificación

He querido realizar un proyecto educativo de manera novedosa y actualizada, con la finalidad de que haya un aumento de conocimientos y empatía sobre la transexualidad y la disforia de género, contemplando una ayuda para cualquier persona que se encuentre en esta situación.

Debido a que no todo el mundo es consciente sobre el tema y el tabú que hay sobre la sexualidad en los menores, hablar de manera técnica, sin malicia, con el respeto y los términos adecuados sobre la sexualidad podría abrir mucho más la mente, evitando así grandes problemas físicos, sociales y psicológicos que conllevaría nacer en un sexo que no es el suyo.

Mediante los niños podemos llegar a los padres y con ello educarlos también para saber como actuar y como acompañar a su hijo, si muestra interés por formar parte del otro sexo y hacerles así el camino mucho más sencillo.

El apoyo familiar y de los seres queridos es imprescindible para evitar complicaciones psicológicas y emocionales que dificulten el camino a la verdadera identidad sexual del menor. Los progenitores pueden a veces, sin malicia, influir negativamente en la decisión de sus hijos y con este proyecto intentaríamos evitar ciertas dificultades con las que puede encontrarse el menor por el camino, que ya de por si lo tiene difícil hoy en día.

Se realizará el proyecto educativo a tres colectivos: los primeros serán al profesorado y a los tutores legales de los niños, debido a que los niños se educan y van adquiriendo los rasgos de su personalidad tanto en sus casas como en las aulas. Posteriormente se le suministrará información y se trabajará la empatía hacia el tema con varias dinámicas con los alumnos, para así enseñar desde pequeños a normalizar el tema y respetarlo. Como objetivo principal conseguir progresivamente con el paso de las generaciones que el proceso de aceptación de los propios niños/adolescentes transexuales sea mucho más fácil.

3. Población y captación

3.1 Población diana

El proyecto educativo irá dirigido al profesorado de los colegios, a los padres y posteriormente con el permiso de los tutores legales a los alumnos de 12 años (sexto de primaria), sin criterio de exclusión (cultura, edad o sexo) y en el aula de los colegios. También se ofrecerá el proyecto a aquellos colegios que haya algún posible caso de disforia de género independientemente de la edad.

3.2 Captación

La captación se realizará a través de la divulgación por parte de los tutores de cada clase a los niños mediante un folleto informativo (anexo 3, formulario 2), los cuales se explicará las características de la sesión, explicando la finalidad y cómo se va a llevar a cabo. También a través de carteles (anexo 1, cartel) que serán colocados en la puerta principal de cada colegio donde se vaya a impartir dicho proyecto a la vista de los padres.

4. Objetivos

4.1 Objetivos generales

El objetivo principal se basa en ampliar los conocimientos sobre la disforia de género y la transexualidad. Aportando la información adecuada podríamos conseguir una mayor empatía y divulgación, pudiendo así evitar futuras situaciones transfóbicas (acoso, discriminación, abuso sexual, suicidio, ansiedad...) que podrían sufrir los niños en un futuro y todos sus seres queridos al ver sufrimiento. Trabajar con los padres y profesores es importante, ya que la educación se da en la casa de cada uno y en los colegios. Educando a los niños durante las fases mas tempranas desde el respeto y la libre elección en sus vidas, se podría conseguir que el camino a la verdadera identidad sexual no este relacionado con graves impactos sociales que perjudiquen a la salud mental de la persona.

4.2 Objetivos específicos

ÁREA COGNITIVA

- Distinguir los signos de una posible disforia de género.
- Identificar las consecuencias tanto físicas como emocionales que conlleva en sí el rechazo al propio sexo biológico.
- Los familiares, profesores y los niños tendrán la capacidad de identificar indicios de episodios de ansiedad o depresión.
- Conocer técnicas de acercamiento, asesoramiento y ayuda adecuada hacia las personas con disforia.
- Conocer los impedimentos y ayudas tanto en el área legislativa como en la sanitaria con los que se pueden encontrar.

ÁREA AFECTIVA

- Verbalizar las inquietudes y preocupaciones que puede provocar cambiarse de sexo.
- Fomentar la autonomía de elección aprendiendo a analizar las respuestas de su propio ser y gestionarlas adecuadamente.
- Fomentar la motivación al cambio si la persona lo desea verbalmente.
- Favorecer la autoestima debido a la alteración de la imagen corporal
- Acompañar de manera respetuosa el camino que decida tomar la persona que opte por el proceso de cambio de género.

ÁREA DE HABILIDADES

- Aprender a enfrentarse emocionalmente a todas las adversidades que se pueda encontrar, apoyándose en sus más allegados sin aislarse socialmente.
- Aprender a solicitar ayuda con cualquier inquietud o información desconocida que quiera saber.
- Conocer tanto las intervenciones hormonales como las quirúrgicas, sus ventajas y sus desventajas.

5. Contenidos

El proyecto educativo realizado por el personal de enfermería estará enfocado en aportar la información necesaria al profesorado educativo y a las familias sobre como abordar la disforia de género a un infante y ayudarle a descubrir su propia identidad sexual sin ninguna alteración en su propia salud mental. Los contenidos de las sesiones serán adaptados a la formación, situación y edad de cada uno de los grupos dianas de la siguiente forma:

- Disforia de género.
 - Definición de sexo biológico, psicológico y social.
 - Definición e historia de disforia de genero y transexualidad.
 - Epidemiología

- Impactos físicos, sociales y psicológicos.

- Intervención hormonal. (exclusivamente a tutores y profesorado)
 - Tipos
 - Ventajas
 - Desventajas

- Intervención quirúrgica. (exclusivamente a tutores y profesorado)
 - Tipos
 - Ventajas
 - Desventajas

- Acompañamiento
 - Aprendizaje
 - Apoyo social/emocional
 - Expresión en común

- Vivencias de varios perfiles de transexualidad (impacto en infancia y en vida adulta)

Las intervenciones tanto quirúrgicas como endocrinas se ofrecerá exclusivamente a los padres y profesores. No obstante, si los menores tienen duda sobre como realizar el cambio de sexo física y hormonalmente, se les aportará dicha información de manera que lo entiendan.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

Dicho programa educativo se realizará en tres partes. La primera será mediante una sesión teórica al profesorado del colegio al que se quiere realizar dicha actividad, posteriormente a los padres de los alumnos muy semejante a la recibida por los profesores y la última se realizará junto a los tutores a sus alumnos mediante actividades prácticas.

Cada sesión se llevará de diversas maneras, utilizando varias técnicas de trabajo y la utilización de distintos materiales, tanto tradicionales como tecnológicos.

La sesión realizada al profesorado será la más teórica, ya que en las futuras sesiones precisaremos de su ayuda para acercarnos a los alumnos y a sus padres. La realizaremos en un periodo de aproximadamente dos horas siguiendo el siguiente orden:

CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO
Presentación de uno mismo	Cadena de nombres: Con esta dinámica pediremos a los profesores que formen un círculo alrededor de la clase y al azar empezará un profesor. Este deberá decir su nombre, el sexo con el que se identifica y exprese su opinión frente al tema del cual se va a hablar. Una vez haya terminado el primero, el de la derecha deberá decir el nombre y el sexo con el que se identifica la primera persona y el suyo su identificación sexual y su opinión. Y así sucesivamente, acumulando los nombres, para ir conociendo sus nombres y conseguir así un ambiente agradable y de confianza.	No necesitaremos ningún material.	15 minutos
Pre-test	Utilizaremos la aplicación “Kahoot!”, en la cual realizaremos un test de lo que piensan que es verdadero y falsos de manera dinámica sobre la transexualidad y la	Un teléfono móvil con acceso a internet con la aplicación	10 minutos

	<p>disforia de género, los cuales serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El sexo biológico hace referencia solamente al sexo femenino y al sexo masculino. 2. La transexualidad es un concepto que hace referencia a la orientación sexual. 3. Los niños desde muy temprana edad tienen claro su sexo biológico. 4. La transexualidad esta bien vista a nivel global 5. La educación de los padres depende de cómo se autosexa su hijo. 6. Las personas transexuales deben pasar por intervención quirúrgica y hormonal para sentirse totalmente cómodo consigo mismo. 7. No es adecuado hablar sobre sexo a los alumnos. 8. No es adecuado hablar sobre transexualidad a los alumnos. 9. Los padres se molestarán si hablo del tema a sus hijos. 10. Sé que es la disforia de género. <p>Con esta prueba sabremos un poco el conocimiento general que hay sobre el tema y a que situación nos podremos encontrar con el profesorado de ese colegio.</p>	<p>móvil “Kahoot!” y un ordenador con proyector para visualizar las preguntas.</p>	
<p>Definición de sexo biológico, psicológico y social.</p>	<p>Mediante una pizarra realizaremos un esquema para tener una presentación visual mientras se va definiendo los términos.</p>	<p>Una pizarra para realizar el esquema.</p>	<p>20 minutos</p>

Definición de disforia de género y transexualidad y epidemiología	No realizaremos ninguna técnica en especial, solo lo explicaremos verbalmente realizando preguntas generales como “¿pensáis que es lo mismo la disforia de género que la transexualidad?” “¿Pensáis que la transexualidad esta denominada como una patología? ¿Y la disforia de género?” para asegurarnos de que la información que hemos querido dar ha sido recibida de manera satisfactoria	No necesitaremos ningún material	15 minutos
DESCANSO DE 15 MINUTOS			
Impacto físico, social y psicológico.	No se precisa de ninguna técnica en especial.	Un ordenador con un proyector para que se visualice la presentación PowerPoint.	20 minutos
Intervención hormonal			10 minutos
Intervención quirúrgica			10 minutos
Situaciones reales de un mal acompañamiento y un buen acompañamiento familiar, académico y social.	Video realizado sobre una persona transexual que cuenta como ha impactado en su vida un mal acompañamiento familiar y el bullying en la escuela (si han sufrido) en su trayectoria. (video: https://www.youtube.com/watch?v=1oq83RKof20&t=1s)	Un ordenador con un proyector para que se visualice el video.	9 minutos
Técnicas de acompañamiento a los alumnos con posible disforia de género.	Utilizaremos una lluvia de ideas por parte de todos los integrantes con dos finalidades. Una sería comprobar que la información aportada ha sido bien recibida y la otra aclarar información que ha podido ser mal recibida por algunos profesores.	Una pizarra para apuntar lo sugerido por cada uno	15 minutos

Dudas y emociones encontradas	No se precisa de ninguna técnica en especial.	No necesitaremos ningún material	10 minutos
--------------------------------------	---	----------------------------------	------------

Tabla 6. Cronograma de sesión para profesores (de elaboración propia)

Al final de la sesión pasaremos dos formularios físicos. Uno de ellos (Anexo 2. Formulario 1) de manera anónima con las mismas preguntas del pre-test más otras 5 nuevas:

- Creo que es importante la información recibida durante el proyecto.
- Se ha realizado el proyecto de manera adecuada y respetuosa.
- Los niños entenderán la transexualidad una vez explicada.
- He adquirido técnicas adecuadas de acompañamiento para los alumnos y los familiares ante un posible caso de disforia de genero.
- Recomendaría este proyecto educativo a todo el mundo.

En el formulario también habrá un apartado para cualquier observación o recomendación para futuras sesiones realizadas.

El otro formula (Anexo 3. Formulario 2) será entregado a los tutores de las clases de sexto de primaria para que lo entreguen a cada alumno. En el formulario se observará la finalidad del proyecto educativo y la confirmación de los padres para acudir al proyecto. También dando permiso que se les hable a sus hijos sobre el tema, no obstante, tras la sesión realizada a los padres se les dará la oportunidad de negar la sesión a su hijo si opina que no es adecuado aportarle dicha información.

La segunda sesión, como he dicho al principio, será hacia los padres de los alumnos de sexto de primaria. Es muy semejante a la anterior, pero con algunas técnicas distintas detalladas a continuación. Se dará la opción de que acuda uno o dos familiares por alumno, cuya información será aportada tras rellenar el formulario entregado por parte de los tutores. La sesión durará aproximadamente tres horas y el contenido que se dará será el siguiente:

CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO
Presentación de uno mismo	<p>Cadena de nombres: Con esta dinámica pediremos a los progenitores que formen un círculo alrededor de la clase y al azar empezará uno. Este deberá decir su nombre, el sexo con el que se identifica y exprese su opinión frente al tema del cual se va a hablar. Una vez haya terminado el primero, el de la derecha deberá decir el nombre y el sexo con el que se identifica la primera persona y el suyo su identificación sexual y su opinión. Y así sucesivamente, acumulando los nombres.</p>	No necesitaremos ningún material.	30 minutos
Pre-test	<p>Utilizaremos la aplicación “<i>Kahoot!</i>”, en la cual realizaremos un test de verdadero y falos de manera dinámica sobre la transexualidad y la disforia de género, los cuales serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El sexo biológico hace referencia solamente al sexo femenino y al sexo masculino. 2. La transexualidad es un concepto que hace referencia a la orientación sexual. 3. Los niños desde muy temprana edad tienen claro su sexo biológico. 4. La transexualidad esta bien vista a nivel global 5. La educación de los padres depende de cómo se autosexa su hijo. 6. Las personas transexuales deben pasar por intervención quirúrgica y hormonal para sentirse totalmente cómodo consigo mismo. 	Un teléfono móvil con acceso a internete con la aplicación móvil “ <i>Kahoot!</i> ” y un ordenador con proyector para visualizar las preguntas.	10 minutos

	<p>7. No es adecuado hablar sobre sexo a los alumnos.</p> <p>8. No es adecuado hablar sobre transexualidad a los alumnos.</p> <p>9. Los padres se molestarán si hablo del tema a sus hijos.</p> <p>10. Sé que es la disforia de género.</p> <p>Con esta prueba sabremos un poco el conocimiento general que hay sobre el tema y a que situación nos podremos encontrar con las familias de ese colegio.</p>		
Definición de sexo biológico, psicológico y social.	Mediante una pizarra realizaremos un esquema para tener una presentación visual mientras se va definiendo los términos.	Una pizarra para realizar el esquema.	20 minutos
Definición de disforia de género y transexualidad y epidemiología	No realizaremos ninguna técnica en especial, solo lo explicaremos verbalmente realizando preguntas generales como “¿pensáis que es lo mismo la disforia de género que la transexualidad?” “¿Pensáis que la transexualidad esta denominada como una patología? ¿Y la disforia de género?” para asegurarnos de que la información que hemos querido dar ha sido recibida de manera satisfactoria	No necesitaremos ningún material	15 minutos
DESCANSO DE 15 MINUTOS			
Impacto físico, social y psicológico.		Un ordenador con un proyector para que se visualice la presentación PowerPoint.	20 minutos
Intervención hormonal	No se precisa de ninguna técnica en especial.		10 minutos
Intervención quirúrgica			10 minutos

Situaciones reales de un mal acompañamiento y un buen acompañamiento familiar, académico y social.	Video realizado sobre una persona transexual que cuenta como ha impactado en su vida un mal acompañamiento familiar y el bullying en la escuela (si han sufrido) en su trayectoria. (video: https://www.youtube.com/watch?v=1oq83RKof20&t=1s)	Un ordenador con un proyector para que se visualice el video.	5 minutos
Técnicas de acompañamiento a los hijos y conocidos con posible disforia de género.	Realizaremos dos actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Dar información mediante una presentación PowerPoint, en el cual aportaremos diversos consejos a seguir de como actuar como progenitor ante un posible caso de disforia de género. • Utilizaremos una lluvia de ideas por parte de todos los integrantes con dos finalidades. Una sería comprobar que la información aportada ha sido bien recibida y la otra aclarar información que ha podido ser mal recibida por algunos profesores. 	Un ordenador con un proyector para que se visualice la presentación PowerPoint y una pizarra para apuntar lo sugerido por cada uno	30 minutos
Dudas y emociones encontradas	No se precisa de ninguna técnica especial.	No necesitaremos ningún material	10 minutos

Tabla 7. Cronograma de sesión para padres (de elaboración propia)

Por último, se entregará el mismo formulario anónimo de elaboración propia que se entregó al profesorado y se informará sobre las actividades que se realizarían a sus hijos. Una vez aportada la información de la sesión que se dará a los alumnos se preguntará si alguien que dio su consentimiento para que su hijo acuda a la sesión quiere retirar dicho consentimiento.

La sesión de los alumnos será muy distinta a la dada a los padres y a los profesores. Aquí contaremos con la ayuda de los tutores. Se tratará de una sesión de dos horas, una

antes del recreo y otra después. La primera hora será más teórica y la segunda más práctica. Se realizará de la siguiente manera:

CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL	TIEMPO
Presentación de uno mismo	El ovillo: Con esta dinámica pediremos a los alumnos que formen un círculo alrededor de la clase y se irán pasando el ovillo de color “x” de un chico a otro diciendo el nombre de cada uno y del chico que se lo ha pasado y el ovillo de color “y” con la misma técnica, pero entre las chicas. Al final de esta actividad preguntaré a los alumnos porque creen que les he separado por sexos y como están seguros de que a la persona que se lo ha pasado es de su mismo sexo.	Dos ovillos de lana de distinto color.	15 minutos
Definición de sexo biológico, psicológico y social.	Mediante una pizarra realizaremos un esquema sencillo para tener una presentación visual mientras se va definiendo los términos.	Una pizarra para realizar el esquema.	20 minutos
Definición de disforia de género y transexualidad y epidemiología	No realizaremos ninguna técnica en especial, solo lo explicaremos verbalmente realizando preguntas generales como “¿Sabéis que es una persona transexual?”, “¿Sabéis que hay niños que realmente se sienten niñas?”, “¿Sabéis que hay muchas personas transexuales que sufren mucho por el hecho de no recibir ayuda?”, “¿Sabéis que tratar mal a estos niños puede causarles grandes sentimientos de tristeza?” o “¿Sabéis que si los apoyamos y los tratamos con total normalidad podríamos ayudarles a ellos mucho y también a la gente que la quiere?”. Con	No necesitaremos ningún material	15 minutos

	estas preguntas confirmaríamos que los alumnos han entendido las dos terminologías y les haríamos reflexionar sobre como deberían actuar frente a este suceso.		
RECREO			
Actividad 1: Las tarjetas	<p>Se repartirá al azar una tarjeta por alumno realizadas con anterioridad en la cual pondrá chico o chica y solo lo sabrán ellos. Una vez repartidas todas las tarjetas se dirá que se agrupen en tres grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1: Chicos que les han salido la tarjeta de “Chico”. • Grupo 2: Chicas que les han salido la tarjeta de “Chica”. • Grupo 3: Chicos que les han salido la tarjeta de “Chica” y chicas que les han salido la tarjeta de “Chico”. <p>Una vez terminado les diremos a los chicos que les ha salido la tarjeta de chicas que vayan al grupo 2 que llamaremos “las Chicas” y a las chicas que les ha salido la tarjeta de chicos al grupo 1 “los Chicos”.</p>	Tarjetas en la que cada una ponga “chico” o “chica”.	5 minutos
Actividad 2: El pañuelo	<p>En esta actividad se jugará al juego del pañuelo entre los dos grupos. Se repartirá a cada integrante del grupo un número y en medio de los dos grupos diré un número al azar para que vengán corriendo a por el pañuelo.</p> <p>Una vez terminada la actividad realizaré varias preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Creéis que el resultado depende de que seáis uno el grupo de los chicos y otro el de las chicas? • ¿A los chicos que estáis en el grupo de las chicas os ha 	Un pañuelo.	30 minutos

	<p>molestado estar en ese grupo? ¿y las chicas que están en el grupo de los chicos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Creéis que podríamos haber jugado a este juego si hubiésemos sido 3 grupos?” • ¿Creéis que habría sido justo desplazar al grupo 3 del juego solamente por tener la tarjeta incorrecta? 		
Dudas y emociones encontradas	Realizaremos una lluvia de ideas sobre que creen que deberíamos hacer si nos encontramos con un compañero que muestra signos de estar en el sexo equivocado y que opinan sobre ello.	No necesitaremos ningún material	15 minutos
Post-Test	<p>Mediante el propio teléfono móvil del enfermero realizaremos un test a los niños, en el cual responderé en la aplicación “Kahoot según diga la mayoría, los cuales votarán a mano alzada!”. Las preguntas que responderíamos serían las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La disforia de género es la sensación de angustia e incomodidad de las personas cuya identidad de género no corresponde con la que nació. • La transexualidad es los mismo que la disforia de género. • La homosexualidad es lo mismo que la transexualidad. • Las personas transexuales no sufren al ser rechazados y discriminados. • Las personas transexuales exigen ser tratadas de manera superior que las personas no transexuales. 	Mi propio teléfono móvil con acceso a internet con la aplicación móvil “Kahoot!” y un ordenador con proyector para visualizar las preguntas.	10 in

	<ul style="list-style-type: none"> • Si a una persona transexual le trato al igual que el resto de mis compañeros le ayudaré a el y a su propia familia. • Este taller me ha parecido importante. • El enfermero que ha venido a hablar sobre la disforia de género lo ha hecho bien. • He aprendido cosas que antes no sabía. • Me lo he pasado bien. <p>Con esta encuesta valoraremos los conocimientos adquiridos por parte del alumnado y si se han sentido bien o aburridos como critica constructiva para realizar mas cambios en futuras sesiones.</p>		
--	--	--	--

Tabla 8. Cronograma de sesión para alumnos (de elaboración propia)

7. Evaluación

7.1 Evaluación de la estructura y el proceso

Dicha evaluación será realizada por los familiares que acudan a la sesión, por el profesorado y por los alumnos, los cuales se valorarán los siguientes aspectos:

- Procesos de captación de la población diana: se valorará la manera en la que se ha realizado la captación, apreciando si se ha realizado de manera atractiva y provocando deseos de participar de manera voluntaria y con interés.
- Aplicación tecnológica: se valorará si el acceso ha resultado de manera amigable, eficaz y novedosa para aprender.
- Contenido de las sesiones educativas: se valorará el contenido de cada sesión, al igual que el tiempo, técnicas y materiales de los que se dispone.

El proceso de evaluación constará de dos partes en la sesión de los padres y los profesores y de una sola parte por parte del alumnado. Los primeros realizarán un pre-test mediante "Kahoot!" (aplicación móvil) para obtener resultados del conocimiento general de la población antes del proyecto educativo sobre la disforia de género y la otra parte en físico y anónimo (Anexo 2. Formulario 1), que sería una valoración al terminar la sesión, para valorar los conocimientos adquiridos a nivel general. En el segundo grupo, el cual son los alumnos, se realizará solamente un test mediante "Kahoot!" a mano alzada y siendo respondido desde el teléfono móvil o del profesor o del enfermero, con esto sabremos si la sesión realizada a los menores ha sido eficaz con el objetivo marcado desde el principio.

7.2 Evaluación de los resultados

Se precisa de una evaluación final que compruebe que se ha superado las expectativas con el cumplimiento de los objetivos tanto generales como específicos.

En cuanto a los objetivos generales, el observador comprobara que todos los participantes han adquirido la información necesarios sobre la disforia de genero y la transexualidad, aumentando así el grado de empatía, respeto y una futura divulgación.

En relación con los objetivos específicos, evaluaremos:

- Área afectiva: seremos capaces de observar que los participantes son capaces de verbalizar sus emociones e inquietudes sobre el tema. He de asegurarnos que sabrán acompañar de manera respetuosa ante un niño con posibles signos de disforia de género, favoreciendo la autoestima y aportando todos los recursos necesarios dependiendo de sus decisiones.
- Área Cognitiva: el observador comprobará que los participantes tienen claro la información aportada sobre la disforia de género y transexualidad, así como distinguir los posibles signos, conocer las consecuencias tanto físicas como emocionales que puede conllevar el desconocimiento del tema y el rechazo.
- Área de habilidades: el observador comprobará que ha quedado claro que los participantes han aprendido a como enfrentarse emocionalmente a todas las adversidades que puedan encontrarse, a solicitar ayuda y apoyo emocional, y conocer de manera general las intervenciones a las que deberá someterse el sujeto con rechazo al propio sexo biológico.

El observador comprobara los resultados a través de una encuesta tanto para los familiares como para el profesorado y mediante juegos de empatía en niños.

8. Bibliografía

- a. Romero, D. M. (2004). *La transexualidad, diversidad de una realidad*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- b. García, R. R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2019). CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 12(2), 65-67.
- c. (2013). *Criterios para la designación de Centros, Servicios o Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud*. Atención de la Transexualidad. pp.1-4.
- d. Arribas, F. J. R. (2009). Aspectos sociológicos de la transexualidad. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 21(1).
- e. Becera Fernández, A., Barril Vicente, R., Campilo Álvarez, J., Charro Salgado, A. and Antonio de Luis Román, D. (2002). Trastornos de identidad de género. *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*. Sociedad Española De Endocrinología y Nutrición.
- f. Diagnóstico, M., & de los Trastornos Mentales, E. (2002). DSM-IV-TR. *Texto revisado, 4ª edición*.
- g. Toomey, RB, Syvertsen, AK y Shramko, M. (2018). Comportamiento suicida de adolescentes transgénero. *Pediatría*, 142 (4).
- h. Guerrero-Fernández, J., Barreda-Bonis, A. C., & González-Casado, I. (2015). Pros y contras de los tratamientos hormonales desde el punto de vista de la endocrinología pediátrica. *Mesa redonda*, 6(Suplemento 2).
- i. García Casuso, S., & Aventín Ballarín, N. (2018). *Infancia y Juventud Trans*. Guía de acompañamiento respetuoso para familias.
- j. *Disforia*. Retrieved Feb 22, 2021, from <https://psiquiatria.com/glosario/disforia>
- k. Zaro, M. (1999). La identidad de género. *Revista de psicoterapia*, 10(40), 5-22.
- l. *Ley 8/2020, de 11 de noviembre, de Garantía de Derechos de las Personas Lesbianas, Gais, Trans, Transgénero, Bisexuales e Intersexuales y No Discriminación por Razón de Orientación Sexual e Identidad de Género*.
- m. *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*.
- n. Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, BP, Paap, MC, Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., ... y De Cuypere, G. (2014). Características psiquiátricas en personas transexuales: estudio multicéntrico en cuatro países europeos. *The British Journal of Psychiatry*, 204 (2), 151-156.
- o. Hurtado-Murillo, F. (2015). Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 6, 45-52.

- p. Rodríguez, M. F., Mora, P. G., Sánchez, E. M., & Gidseen, G. (2017). Características de los menores de edad con disforia de género que acuden a la unidad de tratamiento de identidad de género. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-9.
- q. Becerra-Fernández, A., Lucio-Pérez, M. J., Rodríguez-Molina, J. M., Asenjo-Araque, N., Pérez-López, G., Rabito, M. F., & Román, M. M. (2010). Transexualidad y adolescencia. *Revista internacional de Andrología*, 8(4), 165-171.
- r. Gavilán, J. (2018). *Infancia y transexualidad*. Octaedro Andalucía.
- s. Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J. M., Lucio-Pérez, M. J., & Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *SEMERGEN-Medicina de familia*, 37(2), 87-92.
- t. Sieso, T. G. (2006). Repercusiones personales, familiares, sociales y laborales de la transexualidad. *Cuaderno de Medicina Psicosomática y Medicina de Enlace*, 78.
- u. Amado, J. A., & Flórez, J. (2003). Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos y anticonceptivos hormonales. *Farmacología humana*, 887-911.
- v. Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 0.
- w. Devoto, E., Martínez, A., & Aravena, C. (2015). Trastorno de identidad de género Parte I: Definición, epidemiología, etiología, rol del endocrinólogo en diagnóstico y tratamiento. *Rev Chil Endocrinol Diabetes*, 8, 167-73.
- x. Fernández, M., Guerra, P., Martín, E., Martínez, N., & Álvarez-Diz, J. A. (2020). Atención sanitaria a adolescentes con disforia de género. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201802003.
- y. López, J. L. J., Guzmán, M. E. M., & Miranda, N. J. (2018). Protocolo de atención para pacientes con disforia de género. *Archivos de Neurociencias*, 22(1), 35-40.
- z. Vitallé González, L. D., & Minguijón Pablo, J. (2019). La transexualidad en educación infantil. Herramientas y recursos.
- aa. de Celis Sierra, M. (2018). ¿Intervención psicológica en identidad de género?: A propósito de la presentación del CIE-11. *Revista clínica contemporánea*, 9(e18), 1-7.
- bb. Ivanova, A. S. M. (2017). El derecho de autodeterminación del menor maduro en el ámbito de la salud. *Bioderecho. es*, (6), 28-pág.
- cc. Solá, E., Vayá, A., García-Torres, S., Cubells, P., Casañ, R., Garzón, S., ... & Hernández, A. (2005). Riesgos del tratamiento estrogénico en trastornos de identidad sexual: a propósito de un caso. *Endocrinología y Nutrición*, 52(6), 321-322.
- dd. Davis, S. R., Wahlin-Jacobsen, S. (2015). Testosterone in women—the clinical significance. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 3 (12).

9. Anexos

9.1 Anexo 1 (Cartel)



9.2 Anexo 2 (Formulario 1)

PROYECTO EDUCATIVO SOBRE LA DISFORIA DE GÉNERO EN MENORES

Marca con una x.

PREGUNTAS	SI	NO
El sexo biológico hace referencia solamente al sexo femenino y al sexo masculino.		
La transexualidad es un concepto que hace referencia a la orientación sexual.		
Los niños desde muy temprana edad tienen claro su sexo biológico.		
La transexualidad está bien vista a nivel global.		
La educación de los padres depende de cómo se autosexa su hijo.		
Las personas transexuales deben pasar por intervención quirúrgica y hormonal para sentirse totalmente cómodos consigo mismos.		
No es adecuado hablar sobre sexo a los alumnos.		
No es adecuado hablar sobre transexualidad a los alumnos.		
Los padres se molestarán si hablo del tema a sus hijos.		
Sé que es la disforia de género.		
Creo que es importante la información recibida durante el proyecto.		
Se ha realizado el proyecto de manera adecuada y respetuosa.		
Los niños entenderán la transexualidad una vez explicada.		
He adquirido técnicas adecuadas de acompañamiento para los alumnos y los familiares ante un posible caso de disforia de género.		
Recomendaría este proyecto educativo a todo el mundo.		

Observaciones:

Disforia de Género



Sesión informativa para padres sobre la disforia de género en menores

Proyecto educativo llevado a cabo por personal de enfermería sobre la disforia de género, el impacto personal, la transexualidad y el acompañamiento efectivo para los más pequeños.

INFORMACIÓN GENERAL

Al rellenar este formulario confirmo que acudiré al proyecto educativo y daré permiso a que mi hijo/a reciba información cuyo objetivo principal se basa en ampliar los conocimientos sobre la disforia de género y la transexualidad. Aportando la información adecuada podríamos conseguir una mayor empatía y divulgación, pudiendo así evitar futuras situaciones transfóbicas (acoso, discriminación, abuso sexual, suicidio, ansiedad...) que podrían sufrir los niños en un futuro y todos sus seres queridos al ver sufrimiento. Trabajar con los padres y profesores es importante, ya que la educación se da en la casa de cada uno y en los colegios. Educando a los niños durante las fases mas tempranas desde el respeto y la libre elección en sus vidas, se podría conseguir que el camino a la verdadera identidad sexual no este relacionado con graves impactos sociales que perjudiquen a la salud mental de la persona.

DATOS

Nombre del alumno:

Apellidos del alumno:

Nombre del tutor:

Apellidos del tutor:

Número de familiares que acudirán a la sesión: 1 2

Curso del alumno:

Firma: