



Trabajo Fin de Grado

Título:

Proyecto educativo sobre diversidad sexual dirigido a población adolescente de la Comunidad de Madrid.

Alumno: Lucía de la Fuente de Miguel.

Director: María Urtasun Lanza.

Madrid, abril de 2018.

Índice.

Glosario de abreviaturas.	4
Índice de tablas.	6
Resumen.....	7
Abstract.....	8
1. Presentación.	9
2. Estado de la cuestión.	10
2.1. Fundamentación.	10
Sexual and Gender Minority o Minoría sexual y de género.....	10
Diversidad sexual o sexualidad.	11
Discriminación o exclusión	17
Situación clínica	17
Situación jurídica en España	20
Estudios sobre identidad sexual y discriminación de SGM.	23
Mundo sanitario y educativo.	24
2.2. Justificación.	26
3. Proyecto educativo.....	27
3.1. Población	27
3.1.1. Población diana.....	27
3.1.2. Captación.....	27
3.2. Objetivos.	28
3.2.1. Objetivo general.....	28

3.2.2. Objetivos específicos.	28
3.3. Contenidos.	30
3.4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.	31
3.5. Evaluación.	33
3.5.1. Evaluación de la estructura y el proceso.	33
3.5.2. Evaluación de los resultados.	33
4. Bibliografía.	34
5. Anexos.	39
5.1. Anexo 1: Evolución del DSM.	40
5.2. Anexo 2: Evolución de la CIE.	41
5.3. Anexo 3: Cuestionario para los alumnos acerca de la evaluación de la estructura y el proceso.	42
5.4. Anexo 4: Cuestionario para los profesionales acerca de la evaluación de la estructura y el proceso.	44
5.5. Anexo 5: Cuestionario para los alumnos acerca de la evaluación de los objetivos.	46
5.6. Anexo 6: Cuestionario para los profesionales acerca de la evaluación de los objetivos.	47

Glosario de abreviaturas.

CA Comunidad Autónoma.

CCAA Comunidades Autónomas.

CIE Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

CP Código Penal.

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

GATE Global Action for Trans Equality - Acción Global para la Igualdad Trans.

GIAA Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood - Incongruencia de Género en la Adolescencia y la Adulthood.

GIC Gender Incongruence of Childhood - Incongruencia de Género en la Infancia.

ITS Infección de Transmisión Sexual.

LGB Lesbianas, Gays y Bisexuales.

LGTB Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

LGTBQ Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales y Queer.

LPRS Ley de peligrosidad y Rehabilitación Social.

OMS Organización Mundial de la Salud.

RC Registro Civil.

SGM Sexual and Gender Minority - Minoría sexual y de género

TIG Trastorno de la Identidad de Género.

UNATI Unidad de Navarra de Transexuales e Intersexos.

UTIG Unidad de Trastornos de Identidad de Género.

VHB Virus de la Hepatitis B.

VHS Virus del Herpes Simple.

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Índice de tablas.

Tabla 1: UTIG, Leyes autonómicas y Cirugía según las CCAA. Elaboracion propia basada en (18).....	22
Tabla 2: Evolución del DSM. Elaboración propia basada en (16).	40
Tabla 3: Evolución de la CIE. Elaboración propia basada en (16).	41

Resumen.

Este proyecto habla de las minorías sexuales y de género, de la diversidad sexual, de la discriminación o exclusión (por razones de sexo, orientación sexual o, identidad sexual o de género), de la situación clínica y jurídica en España de las SGM (Sexual and Gender Minority), de la carencia de datos sobre el tema y de la necesaria colaboración entre instituciones educativas y de salud.

El objetivo principal de este proyecto es concienciar a los alumnos de bachillerato del municipio de Pinto de la importancia de conocer la diversidad sexual para poder mejorar la situación social, clínica y jurídica de las minorías sexuales o de género, respetar a las personas independientemente de cómo se sientan y facilitar la interpretación de la identidad sexual o de género de uno mismo.

Se espera encontrar una población adolescente en cinco institutos del municipio de Pinto con la que poder desarrollar nueve sesiones a lo largo de cuatro días, dirigidas por profesionales de los dos únicos centros de salud del mismo municipio.

Consideramos importante la colaboración entre el mundo sanitario y el educativo en este tema para promover la aceptación social y mejorar las transiciones físicas o sociales para que los jóvenes vivan más cómodamente su verdadera identidad de género evitando la aparición de la disforia de género. Además, consideramos necesario investigar en dicho tema pues se mantiene en una constante controversia ya que los datos que se conocen están basados generalmente en la opinión de profesionales, y no en datos basados en la evidencia científica, debido al deficiente número de datos sobre ello.

Palabras clave: Educación sexual, Identidad de género, Conducta sexual, Minorías sexuales.

Abstract.

This project talks about sexual and gender minorities, sexual diversity, discrimination or exclusion (for reasons of sex, sexual orientation or, sexual or gender identity), the clinical situation and legal situation in Spain of the SGM (Sexual and Gender Minority), the lack of data on the subject and the necessary collaboration between educational institutions and health institutions.

The principal objective of this project is to educate high school students of the district of Pinto about the importance of knowing the sexual diversity in order to improve the social, clinical and legal situation of sexual or gender minorities, respecting people regardless of how they feel and improve the self interpretation of sexual or gender identity.

It is expected to find a teenage population in five institutes of the district of Pinto to develop nine sessions over four days, led by professionals from the two health centers in the same district.

We consider that the collaboration between the health system and education system is important in this issue to promote social acceptance and improve physical or social transitions so that young people will can live more comfortably their true gender identity, avoiding or putting measures to gender dysphoria. In addition, we consider necessary to investigate in this topic because it remains in a constant controversy because the data known are based generally on the opinion of professionals, and not on data based on scientific evidence, due to the insufficient number of data about it.

Keywords: Sex education, Gender identity, Sexual behavior, Sexual minorities.

1. Presentación.

La educación sexual es una necesidad prácticamente inexistente en las instituciones educativas de España; y los casos en los que se trata se basa en una prevención limitada de embarazos no deseados y puede llegar a transmitir miedo al sexo debido a la vaga información sobre la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, y todo esto desde un punto de vista heterosexual.

Este trabajo busca eliminar esa visión heterosexual de la educación sexual dando paso a una propuesta mucho más grande incluso de la diversidad sexual que se presenta aquí.

Al hablar de diversidad sexual, hablamos de las minorías sexuales, del género, del sexo, de la orientación sexual, de la identidad sexual o de género, de la disforia de género, de los derechos legales y clínicos de estas minorías y de que aumentar el conocimiento acerca de este tema puede mejorar el estado de salud y bienestar de muchas personas, pues solo cuando uno se acepta puede vivir su vida libremente.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta la falta de información que hay tanto en la educación hacia los estudiantes, como por parte de la atención primaria y la existencia del rechazo o la falta de aceptación por las personas que sienten una identidad distinta a la aceptada por la sociedad, o por su entorno. De esta manera si la gente contara con esta información, verían que la orientación sexual o la identidad sexual o de género que la sociedad asume como "normal" no tiene que ser impuesta ni tiene porque ser la de todos.

Por último, la mayor motivación de este trabajo es la importancia de la visibilidad LGTB, es decir, de personas que luchan por el respeto a su dignidad, a su libertad y a su vida, en todos los campos posibles para reivindicar la igualdad legal y clínica, la cooperación de centros sanitarios y educativos y el respeto social hacia la diversidad afectivo-sexual.

Agradecimientos.

A mi familia: a mis padres y a mi hermana, que han aguantado todo lo que yo no he podido. Y a Elena y a Mónica que sin ellas esto no habría sido posible. Gracias.

2. Estado de la cuestión.

2.1. Fundamentación.

Para la elaboración de este trabajo, se realizó una búsqueda principalmente de artículos científicos en las bases de datos Pubmed y Dialnet. Las palabras que se escogieron para realizar la búsqueda fueron una combinación de términos MESH y términos libres. Los términos MESH se encontraron en DeCS, para conseguir los descriptores en inglés. Tanto los términos MESH como los libres se combinaron con operadores booleanos OR y AND. Algunos términos MESH son: Sex education, Gender identity, Sexual behavior, Sexual minorities; y algunos libres: sexual diversity, LGTB, lesbian gay, transexual, bisexual, intersex, queer.

Hablaremos de las minorías sexuales y de género, de la diversidad sexual, de la discriminación o exclusión (por razones de sexo, orientación sexual o, identidad sexual o de género), de la situación clínica y jurídica en España de las SGM (Sexual and Gender Minority), de la carencia de datos sobre el tema y de la colaboración entre instituciones educativas y de salud.

Sexual and Gender Minority o Minoría sexual y de género.

El término SGM o minoría sexual y de género abarca una población más amplia, incluyendo a las personas LGBT, pero también a hombres que tienen sexo con hombres y mujeres que tienen sexo con mujeres que pueden no identificarse como lesbianas, homosexuales, o bisexuales; así como aquellos con identidades de género no binarias que pueden no identificarse como lesbianas, homosexuales o bisexuales (1). A lo largo de todo el texto se utiliza el término “queer” y “LGTBQ” para abarcar todas las identidades pertenecientes a las minorías sexuales y de género (2).

La sexualidad abarca sexo, género, identidad sexual, orientación, percepción y comportamiento. Un aspecto importante que se debe conocer es la diferencia entre educación sexual y educación afectivo-sexual (3). La educación sexual está más enfocada a la salud, tiene una orientación más biológica, centrada en la anatomía, los genitales, la función reproductora del ser humano y las infecciones de transmisión sexual (ITS), lo cual es importante pues son un problema de salud pública ya que más del 60% de las nuevas ITS (herpes genital, virus del papiloma humano, hepatitis B, sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana, gonorrea, clamidia y tricomoniasis) se dan en jóvenes menores de 24 años, y un tercio de éstas se producen en adolescentes con vida sexual activa, pero hay más áreas en la sexualidad a parte de la biológica. Por ello es necesario capacitar a los profesionales de

educación en el área de la sexualidad, colaborando con otros profesionales especializados, un equipo interdisciplinar constituido entre otros por profesionales de la salud, un conjunto de personas capaces de representar la diversidad sexual (4-6).

Sin embargo, la educación afectivo sexual entiende sexualidad como forma de relación social, incluye la afectividad de una persona hacia sí misma y hacia otras personas. Trata la existencia de poder y desigualdad de las relaciones afectivo-sexuales y pretende promover la igualdad sexual y de género. La coeducación afectivo-sexual oferta un modelo que apuesta por la igualdad sexual y de género y que, gradualmente ha añadido elementos para educar también las relaciones afectivo-sexuales. La mayoría de la sociedad española parece entender la sexualidad como un medio para buscar comunicación, placer, afecto, ternura e intimidad, lo que supone un cambio muy importante con respecto a la creencia tradicional y normativa de la reproducción. La educación sexual es un agente ausente en la escuela, del mismo modo que la familia y la escuela están ausentes en la educación afectivo-sexual. Lo que significa que otros agentes de socialización están ocupando ese lugar. Es necesario apostar por la coeducación afectivo-sexual como espacio educativo, socializador, imprescindible para construir relaciones afectivo-sexuales democráticas, basadas en la igualdad sexual y de género, el respeto, la diversidad y la justicia social (3).

La educación sobre la sexualidad debería expandirse a través de escuelas mediante cursos básicos, concentraciones educativas o programas de certificación. Además, se necesitarían servicios institucionales dedicados e inclusivos para promover un clima que normalice e integre las consideraciones LGTB y SGM en la experiencia educativa (1).

Diversidad sexual o sexualidad.

El hecho sexual es una parte básica que constituye a todos los seres humanos y se caracteriza por su diversidad. Toda persona durante toda su vida vive en un cuerpo sexuado a través del cual siente y se relaciona con otras personas. Esto supone que su vida sexual se cree en un entorno social y cultural que influye en ella. La sociedad en la que se crea jerarquiza la diversidad sexual, excluyendo y discriminando a personas y sus derechos. La sexualidad abarca muchas y diferentes cuestiones. El uso corriente del concepto le ha relacionado con distintos significados, siendo el más habitual las relaciones sexuales coitales (peneanas-vaginales), lo que supone limitación de su significado, que a su vez tiene consecuencias como la educación sexual parcial y generalmente basada en los riesgos en vez de en potenciar valores y conocimientos (7).

El hecho sexual humano se compone de tres registros diferentes vividos como un todo.

- La sexuación o el sexo: es la base biológica de intención diferenciadora en cuyos extremos estarían el hombre y la mujer, pero que está compuesta de numerosos puntos intermedios, pues el sexo no se simplifica a los genitales. Desde que una persona nace se le asigna un sexo al cual se asocian criterios sociales y culturales, es decir, el género, el cual afecta al proceso de sexuación (7).

Otra forma de sexo es la intersexualidad la cual se refiere a la cualidad por la que un individuo muestra caracteres sexuales de ambos sexos en grados variables (8). Entendemos por intersexualidad el grupo de afecciones en las que no se corresponden los genitales internos y externos (los testículos o los ovarios). ISNA (Intersex Society of North America) es la asociación que reúne a las personas Intersexuales de Norteamérica, cuyo fin es acabar con la vergüenza, el secreto y las cirugías genitales no deseadas de las personas que nacen con una anatomía que alguien decidió que no encajaba en el estándar de hombre o mujer (9).

Existen personas intersexuales que han sido sometidas a cirugías genitales u otras intervenciones para que sus cuerpos se ajustaran a los modelos cisgénero de mujer y hombre. Estas intervenciones se realizaron para disminuir las preocupaciones de las familias y basándose en la creencia de que evitaría la confusión sobre la identidad de género y protegerían al niño del estigma social. Las diferencias de poder son obvias para las personas trans e intersexuales, las personas trans pueden verse obligadas a buscar atención psiquiátrica, mientras que las personas intersexuales pueden ser obligadas a tratarse con terapias hormonales y con cirugías para encajar en la definición cisgénero de mujer u hombre. Existen declaraciones de personas que han sido forzadas a someterse a terapias hormonales y quirúrgicas y se han arrepentido ya que preferían vivir como una persona intersexual (10).

- La erótica: se refiere a la expresión de lo sexual, como deseos y conductas. Es la acción o interacción por las que se expresa el hecho sexual. Estos deseos y conductas de lo sexual no tienen por qué coincidir siempre, por ejemplo, las conductas o prácticas homosexuales (relaciones eróticas entre personas del mismo sexo) generalmente se realizan entre personas homosexuales, pero puede darse también en heterosexuales, igual que las prácticas heterosexuales pueden darse en personas homosexuales. Y de la misma forma, no es necesario que una persona realice gestos o acciones eróticas para tener una determinada orientación sexual (7,11).

- La sexualidad: se refiere a la expresión y a la forma subjetiva de vivir la condición sexuada. De este modo, la sexualidad es una construcción personal y subjetiva en la forma de ser y sentirse mujer u hombre. Incluye las orientaciones sexuales y las identidades sexuales o de género. La sexualidad no se fija, se modela, tanto por factores: biológico, cultural, social, histórico...como por experiencias personales, lo cual ayuda a explicar la diversidad existente. La sexualidad a su vez tiene tres dimensiones: la relacional que se refiere a la interacción con la otra persona y su expresión; la recreativa que abarca el placer, el deseo, las fantasías...; y la reproductiva que hace referencia a la sexualidad relacionada con la maternidad y la paternidad o con el hecho de tener hijos (7).

Como decíamos anteriormente, para hablar de los criterios sociales y culturales que se le asignan socialmente a un sexo utilizamos el término: 'género'.

Género: se trata de las características sociales y culturales que se han construido a lo largo de la historia, y que se imponen a las personas en función de su sexo biológico. Se refiere a los comportamientos esperados de las personas por nacer con pene o vagina, lo cual es consecuencia de la socialización. Las personas que no se comportan de acuerdo con lo que se espera de ellas, son juzgadas negativamente por la sociedad poniendo en duda su masculinidad o su feminidad, demandando un comportamiento acorde con el rol correspondiente a su sexo. A esto le llamamos género binario, el cual muestra que entre esos extremos existe una infinita serie de conductas y opciones. Además, crea desigualdad social y de poder, donde las mujeres y las minorías sexuales, es decir, las personas que no se incluyan en el binarismo de género, puede ser excluidas y/o discriminadas (7).

El binarismo se caracteriza por su dimensión dicotómica de forma que si se es una cosa (si se es mujer) no se puede ser la otra (hombre). Para el binarismo la identidad una marcando así distancias con lo diferente, de manera que cuantas más diferencias y afirmación propia, mayor es la distinción de una frente a otro. Sin embargo, en el caso de las personas transgénero la cosa no es así. Su identidad puede marcar distancias en cuanto al cuerpo anatómico, pero esta diferenciación no supone una mayor distinción respecto del otro (ya sea hombre o mujer), de hecho, al contrario, supone una menor distinción que nos expresa una relación de continuidad entre ambos sexos. Es decir, a mayor diferenciación sexual, no hay más desconsideración hacia el otro género/sexo sino, por el contrario, mayor aproximación hacia el otro género/sexo (12).

- Estereotipos de género: Cuando hablamos de estereotipos nos referimos a la idea simplificada de una categoría de personas que comparten algunas características básicas. Son la base para prejuizar y discriminar a un grupo de personas, por ejemplo, muestran las ideas sociales que se tienen sobre las acciones, los roles y el físico que diferencian y caracterizan a hombres y mujeres. Favorecen la idea de que ambos géneros son dos grupos homogéneos, haciendo imposible la existencia de variaciones; y suponen la equivalencia entre sexo, identidad sexual, género, orientación sexual y expresión de género, lo cual no siempre se corresponde (7).
- La expresión de género: se refiere a los roles de género como mujer, hombre, ambos o ninguno. Se muestra a través de la forma de comportarse, la forma de vestir, el peinado, la voz, el físico...lo cual está condicionado por los estereotipos sociales. La expresión de género puede cambiar y no tiene por qué coincidir con el sexo o la identidad de género de la persona (7).

Dentro de la diversidad sexual y de género podemos hablar de orientación sexual y de identidad sexual o de género.

La orientación sexual, responde a la pregunta “¿Quién me gusta?” Se refiere a la dirección que sigue el deseo sexual, es decir es si nos gustan mujeres, hombres, o ambos. Pueden expresarse preferencias de diferente intensidad pudiendo siempre variar (7). Según esto:

- Homosexualidad: El deseo presenta una orientación preferente hacia las personas del mismo sexo, denominando lesbiana a mujeres que desean a mujeres y gays a hombre que desean a hombres (7).
- Bisexualidad: el deseo presenta una orientación hacia ambos sexos, del mismo o distinto sexo que el propio, es decir, hombres que desean a mujer y hombres, y mujeres que desean a mujeres y hombres (7).
- Asexualidad: Para ellos es un estilo de vida caracterizado por la ausencia de impulsos sexuales por lo que no los reprimen ni los controlan. No es una elección, del mismo modo que otra orientación sexual, esta es una condición y/o tendencia natural personal y libre (13).
- Heterosexualidad: el deseo presenta una orientación preferente hacia las personas del sexo contrario. Mujeres que desean a hombre y hombres que desean a mujeres (7).

La identidad sexual o de género responde a la pregunta “¿De qué género me siento?” Se trata de la percepción subjetiva que cada persona tiene con relación a sentirse mujer u hombre. Esta puede cambiar, del mismo modo que su variación o los significados que se le den.

Generalmente el sexo biológico concuerda con la identidad de género, es decir con el sentimiento de ser de ese sexo, pero no siempre es así, esto es parte de la diversidad del hecho sexual humano. Nos referimos a personas transexuales o transgénero, que a su vez son igual de diversas como el resto en su manera de vivir como mujer y hombre, en su orientación sexual y en su expresión de género. La transexualidad y el transgenerismo son una de las muchas maneras de desarrollar el proceso de identidad sexual y de género (7).

- Cisgénero: persona cuya identidad de género y expresión coincide con el sexo asignado en el nacimiento (2).
- Transexual: persona cuyo sexo biológico no coincide con el de identificación. Se trata de una transición en el sexo. Se las denomina con el sexo con el que se identifican, no con el biológico, es decir, una persona que nace como hombre, pero se siente mujer, es una mujer transexual. No tiene relación con la orientación sexual, pues una persona transexual puede ser gay, lesbiana, bisexual o heterosexual (7).
- Transgénero: persona que vive en el género contrario al que se le asigna al nacer, pero sin modificar necesariamente su cuerpo, es un tránsito en el género (7).
- Normalmente las personas transgénero son nombradas con el pronombre del género con el que se identifican y no con el género que se le asigna al nacer. En caso de tener dudas, estas se aclararían con la pregunta ¿Qué pronombres usas? Ya que la respuesta puede incluir pronombre masculinos femeninos y neutrales al género como “élle/s” (14).
- Travesti: personas que ocasionalmente se viste y/o actúan con los estereotipos del género contrario, aunque es su vida diaria se identifiquen con el género que se le asignó al nacer (7).
- Andrógino: persona que presenta rasgos externos los cuales no se corresponden con los propios de su sexo (8).
- Género queer o género fluido: personas que afirman que su género no es ni hombre ni mujer; o personas cuyo sexo biológico e identidad de género coinciden, pero no aceptan los estereotipos que son asignados socialmente a su género (15).

- El término queer actúa en contra de los problemas que causa la normalización. Ha sido utilizado como insulto durante años, de forma que la recontextualización positiva puede disminuir su poder para ocasionar daño (2).

Cuando una persona nace se le impone un género basado en su sexo biológico, y con este se establecen los estereotipos de género. Pero las identidades de género internas de una persona a veces no coinciden con el sexo biológico. A pesar de ello si estas personas se sienten inseguras o no aceptadas, pueden llegar a esconder su verdadera identidad de género, y en ese momento nos podemos encontrar con la disforia de género (15).

La disforia de género es la angustia causada por la no coincidencia del género expresado o experimentado (identidad de género) y el género asignado al nacer (sexo o género biológico). Es una de las causas por las que se busca atención o asistencia médica (15).

La disconformidad de género puede ser evidente en la primera infancia o con el inicio de la pubertad en la adolescencia. Para algunas personas esta disconformidad puede durar toda la vida, y para otras cambia con el paso del tiempo o desaparece por completo. Por eso es tan importante que los profesionales sanitarios, o en este caso los pediatras (primer contacto con la familia del niño o con el adolescente) reconozcan el estado de género del paciente para ayudarles o para derivarlos a un especialista en género, ya que no existe un desarrollo de la identidad de género igual para todos y sería un error hacer una clasificación o desarrollo universal o igualitario del proceso. La causa de la disconformidad de género es aún desconocida, y aunque el objetivo de este texto no es encontrarla, hay que dejar claro que la creencia antigua de que la causa recaía en la influencia de los padres, actualmente se cuestiona, debido a que las observaciones clínicas han mostrado que la intervención de los padres o de la sociedad no influye en la identidad de género, pero si en su expresión, ya que la evidencia muestra que cuando la cultura es más abierta y apoya la diversidad, más personas afirman su verdadera identidad. Por ello la discriminación o la falta de apoyo familiar o social son la causa de que los jóvenes no conformes con su género asignado al nacer presenten un mayor riesgo de padecer ansiedad, depresión, ideas suicidas, bajo rendimiento escolar, autolesiones, abuso de drogas o alcohol...Así encontramos estudios recientes que afirman que el apoyo social que reconoce y aprueba la no conformidad de género de la persona disminuye el riesgo de padecer estos síntomas y mejora su estado de salud (15).

Hay personas disconformes con su género que no quieren vivir dentro de un cuerpo con el que no se identifican y buscan tratamientos quirúrgicos y/o hormonales para que su identidad coincida con su sexo; pero también hay otras que, aun sintiéndose del género contrario, no

sienten ese rechazo al cuerpo y no buscan tratamientos. Estas personas pueden identificarse y desarrollar una transgresión genérica redefiniendo el concepto de identidad de género y de sexo asignado. Eso no quiere decir que sea sencillo, hay que reconocer las dificultades que supone, pero que el proceso sea complicado no significa que sea imposible, pues tenemos la capacidad de sentirnos libremente (12).

Discriminación o exclusión (7).

Dentro de la discriminación o exclusión por razones de sexo, orientación sexual o, identidad sexual o de género encontramos conceptos como:

Sexismo: que se refiere a la discriminación de las personas por razón de sexo, o a las formas de pensar que imponen cualidades y normas para comportarse de maneras distintas y desiguales a mujeres y hombres, las cuales pueden suponer la discriminación de aquellas personas que por género, orientación sexual o identidad de género cuestionen los estereotipos de género (7,8).

La población LGTB sigue siendo discriminada por la presencia de estereotipos sociales. De esta manera la sociedad insulta, desprecia, agrede y excluye, a personas que se comportan de forma distinta a lo que la sociedad espera de ellas por ser mujer u hombre. Este rechazo de la sociedad ocasionalmente es asumido por las personas que reciben el rechazo, quienes desarrollan un rechazo hacia sí mismas, a esto se le llama homofobia interiorizada.

- La homofobia es el temor u odio irracional hacia la homosexualidad y hacia las personas LGB. Fomenta la ausencia de relaciones íntimas entre hombres, la dificultad para expresar afecto y hasta la negación de sentimientos entre ellos. Todo esto es un obstáculo para cambiar el sexismo y los estereotipos de género.
- Transfobia: miedo irracional a la disconformidad de género, u odio a mujeres masculinas, hombres femeninos, personas transgénero, transexuales o cualquier expresión de género que no coincida con los estereotipos de género.
- Heterosexismo: Valoración de superioridad de la heterosexualidad frente al resto de orientaciones sexuales.

Situación clínica (16).

Actualmente el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5 (en inglés DSM-5) y la clasificación internaciones de enfermedades 10 (CIE-10), incluyen disforia de género y

trastorno de la identidad de género en el área de salud mental. A pesar de ello, es probable que el CIE-11 reclasifique el trastorno de identidad de género como un trastorno sexual, lo cual significaría un gran cambio, ya que de este modo la persona transgénero no sufriría por patología mental, la cual le lleva al deseo de una identidad alterada; si no que los procesos mentales no patológicos, se dan en un cuerpo físico equivocado y por ello tienen una respuesta social patológica a ese cuerpo (14).

La primera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) consideraba la homosexualidad como un trastorno sociopático de la personalidad, considerando a las personas LGB trastornadas y peligrosas. Al calificar a esta población como una patología, todas estas personas eran inmorales a ojos de la religión, criminales a los ojos de la ley y enfermos mentales. Los psiquiatras utilizaban “tratamientos” médicos como electroshock, lobotomías frontales y castración química hormonal en sus fallidos y funestos intentos de curar la homosexualidad. El activismo LGTB y la investigación no patológica presionaron a los profesionales sanitarios para que reevaluaran sus percepciones y enfoques sobre las personas LGTB.

En la sexta edición del DSM-II se introdujo un nuevo diagnóstico: trastorno de la orientación sexual.

En la publicación del DSM III el diagnóstico pasó a llamarse orientación sexual egodistónica. Tras una revisión se reconoció que el sentimiento de angustia por un aspecto de la propia identidad no significaba que se padeciera una enfermedad mental, por lo que en esta revisión el diagnóstico de orientación sexual egodistónica fue eliminado y las personas transgénero fueron diagnosticadas con trastorno de identidad de género.

La categoría de diagnóstico fue modificada con la publicación del DSM-5, donde se renombra como disforia de género. La eliminación de la palabra trastorno, pretendía transmitir que las personas transgénero no son consideradas enfermas mentales en función de su identidad no cisgénero. Para muchas personas del colectivo LGTB o relacionado con él, esta modificación continúa difundiendo que las personas transgénero tienen una enfermedad mental, basándose en que el cambio de ‘trastorno de identidad de género’ a ‘disforia de género’ es similar al caso de la orientación sexual, donde la disforia de género es análoga a la orientación sexual egodistónica; ya que ambos diagnósticos destacan la insatisfacción o la angustia de ser quien es. Por esto se recomienda a la asociación estadounidense de psiquiatría que elimine disforia de género en la próxima edición. Y en caso de que se eliminara, la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Asociación Médica Americana deberían abordar el tema

de cómo este cambio no amenazaría a la capacidad de las personas transgénero para obtener cobertura médica para terapias hormonales y procedimientos quirúrgicos. (Anexo 1)

En cuanto al CIE, el CIE-10 incluye categorías de diagnóstico para minorías de orientación sexual e identidad de género, como la orientación sexual egodistónica la cual fue borrada del DSM III. Basándonos en una recomendación de la OMS, el diagnóstico de orientación sexual egodistónica debe eliminarse por completo de la CIE-11, cuya aprobación está programada para 2018. (Anexo 2)

En el CIE-10, el trastorno de identidad de género se clasifica dentro de los trastornos de la personalidad y el comportamiento de los adultos, por lo que existe un debate sobre su continuación en el CIE11. En la actualidad, parece probable que los diagnósticos actuales de CIE-10 sean reemplazados por otros dos, llamados Incongruencia de Género de Adolescencia y Adulthood (en inglés, GIAA) y, para niños menores de la pubertad, Incongruencia de Género de la Infancia (en inglés, GIC).

Cambiar el nombre de los trastornos y moverlos de la categoría de trastornos mentales a un nuevo capítulo provisional, condiciones relacionadas con la salud sexual, representan una intención de desestigmatizar y despatologizar a las personas transgénero.

La organización internacional de derechos de personas transgénero, denominada GATE (en inglés): Acción Global para la Igualdad Trans, defiende la eliminación completa de esta categoría de diagnóstico, y recomienda la creación de un código Z para personas no cisgénero. Los códigos Z no son patologizantes y son utilizados por la OMS para describir estados no patológicos que pueden influir en la salud y la atención de salud mental.

Los códigos Z se usa en dos situaciones: cuando una persona, que puede estar o no enferma en la actualidad, contacta con los servicios sanitarios por una razón específica como recibir atención o un servicio limitado por su afección actual, donación de un órgano o tejido, recibir vacunación profiláctica o para tratar un problema que no es en sí una enfermedad o lesión; o cuando alguna circunstancia o problema presente influye en el estado de salud pero no es en sí mismo una enfermedad o lesión actual. Como por ejemplo el código Z59 el cual abarca los problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas (17).

Entender que las fuerzas sociales son el núcleo de la salud LGBT y las diferencias psicosociales y no el individuo “patológico” LGBT, es un importante cambio que no sería posible sin el activismo y los esfuerzos de las personas que intentan eliminar la clasificación diagnóstica para las personas LGTB.

Situación jurídica en España (18).

En 1933 la Ley de Vagos y Maleantes examinaba a las personas peligrosas donde se incluían, entre otros, las personas homosexuales. Uno de sus objetivos era poner medidas para corregir y prevenir comportamientos que estaban mal vistos por la sociedad, independientemente de que fueran la causa de un delito o no. Se utilizaba contra las personas que resultaban incómodas o molestas, se les obligaba a residir donde el juez dijera, que podría ser incluso en campos de trabajo forzoso y de concentración. Estuvo vigente hasta 1970, es decir durante 37 años.

En 1970 la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (LPRS) también incluía a personas homosexuales, lo cual era equivalente a ser propenso a cometer delitos. En esta época continuaba la represión de las conductas afectivo-sexuales no normativas, con condenas de hasta cinco años, o de internamiento en centros psiquiátricos con la intención de “curar” a las personas para que se pudiesen incorporar a la sociedad (rehabilitación social). La lucha por derogar esta ley fue el motivo por el que se unió el colectivo LGTB (19) .

La Ley Orgánica de 21 de junio de 1989, modificó el delito de violación y de abusos sexuales, de manera que no se imputaran las conductas homosexuales, ya que no eran ningún delito (20).

La ley Orgánica de 23 de noviembre de 1995 reformó el código penal (CP) ya que introdujo un cambio significativo y esencial, a favor del colectivo LGTB, pues por primera vez incluyó como delito la discriminación por orientación sexual en el CP. Pasaron de ser personas punibles a ser personas protegidas ante la discriminación (21).

El Código Civil se modifica con la Ley 13/2005 de 1 julio de derecho a contraer matrimonio, la cual da los mismos derechos que a las personas heterosexuales respecto al matrimonio (22).

El inicio de la evolución jurídica puede verse en las primeras decisiones judiciales que abrieron camino legal para que se pudiera hacer el cambio de nombre y sexo en el Registro Civil (desde el 1974 cuando se dicta sentencia sobre el primer juicio por identidad sexual) con la ley 3/2007 de 15 de marzo, o Ley de Identidad de Género de 2007, cuyo derecho fue el resultado del trabajo y las demandas impuestas ante el vacío legal de las asociaciones o colectivos LGTB. Aunque no cumplió con todas las expectativas y algunas asociaciones piden modificarla para que el derecho de identidad sea integral, que además de la rectificación registral, se tenga cobertura sanitaria por igual en todas las comunidades autónomas (CCAA) (23).

Situaciones autonómicas.

Algunas CCAA cuentan con leyes autonómicas que cubren las necesidades médicas psicológicas jurídicas y sociales, en relación con su identidad de género y/o que garantizan los derechos de la comunidad LGTBI y el objetivo de eliminar la homofobia, bifobia y transfobia.

En cuanto a las cirugías de reasignación sexual, su inclusión en la sanidad depende de las CCAA, la primera en incluir todas es Andalucía, que cuenta con el Hospital Carlos Haya de Málaga, un centro de referencia a nivel nacional e internacional.

Algunas CCAA cuentan con Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG), pero hay otras (como Castilla y León, Castilla-La Mancha y Aragón) que, aunque no cuentan con estas unidades, ni con leyes autonómicas, prestan atención sanitaria a las personas transexuales, derivando los casos que así lo precisen a las UTIG de otras CCAA.

Los requisitos para acceder a la UTIG y el protocolo de dicha unidad cuentan con la valoración del psicólogo o psiquiatra, el tratamiento endocrino y la intervención quirúrgica, un camino unidireccional, con subsecciones fijas y creado para llegar a un solo fin, la idea de tratar solo al verdadero transexual sigue vigente, excluyendo así a las personas con variabilidad de género o no conformidad de género (queer o genderfluid). Además, en la fase o subsección terapéutica “Experiencia de la vida real” se valora que las personas empiecen a adaptar su imagen o los estereotipos sociales a su identidad de género. Por ello las asociaciones de personas transexuales presentan quejas sobre esto, al no entender que, si se lucha por un mundo más igualitario, desde esta unidad se persiga hiperfeminizar a la mujer trans e hipermasculinizar al hombre trans, continuando con los mismos estereotipos sociales.

Por lo que se deduce que crear una UTIG en cada CA no es la única opción que existe, también hay que conceder recursos cuanto antes para ofrecer una atención integral psicológica, hormonal y quirúrgica, que pueda responder a una zona más amplia y que permita el acceso de todas las personas a las unidades más cercanas a su lugar de residencia.

CCAA	UTIG	Leyes autonómicas	Cirugía
Andalucía	Si	Si. Garantiza los derechos, la igualdad de trato y la no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares (24).	1ª CA en incluir todas las cirugías de reasignación sexual
Aragón		En 2015 se debate una futura ley sobre la transexualidad.	Intervenciones no genicoplásticas

Asturias	Si	Anteproyecto de ley para la igualdad de trato y la no discriminación.	
Castilla-La Mancha		No. Mociones a la espera de ser firmadas por concejales y portavoces.	
Castilla y León		No. Acuerdo para asistir las necesidades y cubrir los derechos de las personas transexuales.	
Cataluña	Si	Si. Garantiza los derechos LGTBI y la erradicación de la LGTBI-fobia (25).	Las incluye en 2008. Ginecoplastia sujeta a presupuesto.
Comunidad Valenciana	Si	Si. Reconoce el derecho a la identidad y a la expresión de género (26).	Intervenciones quirúrgicas, excepto las genicoplásticas.
Extremadura		Si. Garantiza la igualdad social de LGBTI y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género (27,28).	
Murcia			
Galicia		Si. Garantiza la igualdad de trato y la no discriminación LGTBI (29).	
Islas Baleares		Si. Garantiza los derechos LGTBI y la erradicación de la LGTBI-fobia (30).	
Islas canarias	Si	Si. Garantiza la no discriminación por motivos de identidad de género y reconoce los derechos de las personas transexuales (31-33).	Intervenciones histerooforectomías
País Vasco	Si		Cirugía genicoplástica en 2008
Navarra	Si		
Madrid		Si. Garantiza la protección integral contra la LGTBI-fobia y la discriminación por razón de orientación e identidad sexual (34). Reconoce el derecho a la identidad y a la expresión de género, a la igualdad social y a la no discriminación (35).	Las incluye en 2007.

Tabla 1: UTIG, Leyes autonómicas y Cirugía según las CCAA. Elaboración propia basada en (18)

Estudios sobre identidad sexual y discriminación de SGM.

Aunque encontramos pocos datos sobre esta población, existen encuestas sobre la identidad sexual o de género (LGTBQ) que muestran un número significativo de jóvenes que no se identifican con el modelo heteronormativo. Según Bochenek & Brown (2001) y Graff & Stufft (2011), el centro nacional de estadísticas educativas muestra datos (2012-2013) de que aproximadamente 49'5 millones de niños se matriculan en colegios (primaria y secundaria) en Estados Unidos, y utilizando las estimaciones más tradicionales esto insinuaría que a la fecha de la publicación del artículo dos millones de jóvenes se identificarían o se identificarán como queer (2,36,37).

Según Kosciw (2014) en una encuesta realizada en Estados Unidos con una población de casi 8000 jóvenes, más de la mitad informaron haber sido discriminados en la escuela por su orientación sexual o su identidad sexual o de género. Al 30 % de los adolescentes se les llamó la atención por mostrar afecto a personas de su mismo sexo en la escuela. Al 20 % se les impidió acudir a una función organizada por su escuela, si iban al baile con alguien de su mismo sexo o si hablaban sobre temas queer y al 10% se les llamó la atención por identificarse como queer. Además, hay investigadores que calculan entre 2 y 8 millones de padres LGTB cuyos hijos normalmente sufren el mismo acoso o violencia que los jóvenes que se identifican como queer (2,38).

También existe evidencia de un fuerte rechazo social hacia las personas trans y este rechazo ha penetrado en el mundo de la atención sanitaria. Encontramos encuestas recientes realizadas por Lambda Legal, una organización nacional comprometida con el reconocimiento de los derechos civiles de lesbianas, gais, bisexuales, personas transgénero y todas las personas que viven con el VIH; Se encuestaron a 5.941 personas, pero solo 4,916 encuestas fueron válidas y de estas últimas el 51.1% tenían entre 18 y 44 años, en ellas se muestra como un 27% de personas trans las cuales informan que se les ha negado atención médica sobre su identidad de género, lo cual reafirma la necesidad de optimar la calidad de la atención de los pacientes trans (39,40).

Aunque se han realizado importantes avances, este tema se mantiene en una constante controversia ya que los datos que se conocen están basados generalmente en la opinión de profesionales, más que en datos basados en la evidencia científica, debido al deficiente número de datos (15).

Nuestros conocimientos y datos sobre las relaciones en parejas se basan generalmente en parejas heterosexuales, y el resto sobre minorías sexuales se basan mayoritariamente en datos negativos como por ejemplo el VIH (41).

No se han realizado estudios epidemiológicos que examinen la predominancia e incidencia de las personas disconformes con su género asignado al nacer, y aunque existe una valoración de prevalencia e incidencia, esta no se podría generalizar ya que esa valoración en adultos se basa en las personas que se presentan para la terapia de hormonas o para la cirugía; y no todas las personas de esta población que buscan una transición física o social, ni padecen disforia de género, ni buscan ayuda en los sistemas de salud (15).

Mundo sanitario y educativo.

Los colegios son un reflejo de la cultura de la sociedad en la que se encuentran, donde se pueden observar las estructuras de poder existentes relacionadas con la sexualidad, la orientación sexual y la identidad o expresión de género. De esta manera, se puede ver como una reforma educativa significativa y duradera haría frente a la marginación, a la exclusión y la vejación existente en los colegios; y de la misma forma a la falta de igualdad en la sociedad. Todas las instituciones educativas tienen la obligación y responsabilidad de preparar a los estudiantes para vivir y proteger un mundo caracterizado por la diversidad, por ello la promoción de instituciones educativas que aboguen por el respeto y la inclusión es necesaria, pues beneficia tanto a los estudiantes como a la sociedad. La heteronormatividad en las escuelas consiste en obviar la creencia de que todos los estudiantes son heterosexuales, de la misma forma que la cisnormatividad en la sociedad supone la noción de que la identidad y expresión de género de todas las personas coinciden con el sexo asignado en el nacimiento. Este pensamiento lleva a unas políticas, estructuras, perspectivas y actitudes que respaldan la heterosexualidad y el cisgénero como únicas identidades válidas. Un clima cisnormativo puede obligar a los jóvenes queer a ajustarse a lo que la sociedad heteronormativa espera de ellos por el sexo que se le asignó al nacer, oponiéndose así a su verdadera identidad para ser aceptado (2). Y pudiendo llegar, como nombrábamos anteriormente, a una homofobia interiorizada (7).

La visibilidad LGTBQ que empieza a emerger en la sociedad ha facilitado la captación de las personas y la afirmación de su sexualidad a edades más tempranas, evitando así a necesidad de esconderse para encajar en la cisnormatividad (2).

De esta manera, niños y adolescentes cuyo sexo biológico no se corresponde con su identidad de género, pueden buscar asistencia para entender su identidad de género o la transición física o social a su identidad de género. Debido al creciente número de jóvenes con disconformidad de género que se presentan en los servicios de salud o acuden a clínicas especializadas se han creado guías de práctica clínica para esta población las cuales marcan la necesidad de un trabajo multidisciplinario y de la familiarización de pediatras o médicos especializados con los problemas psicológicos, sociales o médicos que repercuten a dicha población (15). Por lo tanto, cada vez es más necesario que los profesionales de la salud sean capaces de proporcionar una educación adecuada a los jóvenes y a sus familias y facilitar la derivación a otras redes existentes que pueden ayudar a los jóvenes con diversidad de género y a sus familias (42).

El papel de los padres en la transmisión de la educación y la información sexual es decisivo y se debe dar mediante palabras comportamientos y valores. Tienen una gran influencia sobre todas las decisiones de los adolescentes, incluyendo así decisiones relacionadas con el sexo, por ello los padres deben dar información apropiada precisa y clara para el buen desarrollo sexual seguro de sus hijos. De esta forma los profesionales sanitarios deben aconsejar a los padres y guiarlos hacia los recursos para que puedan abordar las conversaciones sobre sexualidad con conocimiento y confianza (43).

Estas guías de práctica clínica han sido un avance importante para el cuidado de esta población, además con el aumento de clínicas multidisciplinarias que se dedican al cuidado de esta población, el número de personas que requieren información es cada vez mayor, por lo que es necesaria tanto la atención proporcionada, justa y competente de los pediatras a los pacientes con disconformidad de género, como incluir esta atención en los planes de estudio sanitarios o los programas de educación continua es fundamental. Además, la asociación Americana de Escuelas de Medicina publicó una guía para los profesionales de la salud que contenía programas para educar a los alumnos en orientación sexual y diversidad de identidad de género. Si estos esfuerzos se llevan a cabo en un número de escuelas cada vez mayor, el impacto educativo será positivo tanto en el área médica como en la escolar. Las actitudes positivas de los aprendices más jóvenes sugieren que es posible mejorar la atención y reducir las disparidades de salud. Los cambios de actitud deben crear instituciones de atención médica completas, incluyendo a todos sus profesionales: desde administrativos hasta médicos (39).

De esta manera, se vuelve a evidenciar que la colaboración entre el mundo sanitario y el educativo en este tema es muy importante, para promover la aceptación social y mejorar las

transiciones físicas o sociales para que los jóvenes vivan más cómodamente su verdadera identidad de género (15).

Asimismo, existen investigaciones recientes que demuestran que una identificación temprana junto con el apoyo familiar y las intervenciones oportunas que abordan la disforia de género del paciente y otros componentes del bienestar psicológico y social de un adolescente, tienen como consecuencia una serie de beneficios a largo plazo para la salud (42).

2.2. Justificación.

Aunque la reciente visibilidad LGTBQ que empieza a emerger en la sociedad ha facilitado la captación de las personas y la afirmación de su sexualidad a edades más tempranas, evitando así a necesidad de esconderse para encajar en la cisnormatividad, este tema se mantiene en una constante controversia ya que los datos que se conocen están basados generalmente en la opinión de profesionales, y no en datos basados en la evidencia científica, debido al deficiente número de datos.

Por ello se considera significativa la colaboración entre el mundo sanitario y el educativo en este tema para promover la aceptación social y mejorar las transiciones físicas o sociales para que los jóvenes vivan más cómodamente su verdadera identidad de género evitando o poniendo medios para la disforia de género.

Y del mismo modo que el papel del mundo sanitario y educativo es esencial, el papel de los padres en la transmisión de la educación y la información sexual es decisivo y se debe animar tanto a estos como a los adolescentes a mantener conversaciones o buscar ayuda para potenciar conocimientos.

De cara a futuras investigaciones, sería interesante valorar la posibilidad de realizar una búsqueda de la infinita diversidad sexual que existe en el mundo con el objetivo de visibilizar todas las minorías y dar la mayor información posible a la población, buscando el respeto hacia ella y su libertad. Del mismo modo que este proyecto busca demostrar que la educación sobre diversidad sexual mejora los conocimientos sobre identidad sexual y de género en una población adolescente.

3. Proyecto educativo.

3.1. Población y captación.

3.1.1. Población diana.

La población diana la componen todos aquellos adolescentes que cursen bachillerato en el municipio de Pinto en Madrid.

Según el INE en 2011 había 2135 personas entre hombres y mujeres de 15 a 19 años en el municipio de Pinto (44). Y según el Banco de Datos Municipal del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, el total de alumnos no universitarios matriculados en bachillerato diurno en centros escolares de Pinto en 2016 es de 660 (45).

Estas IES (Instituciones de Educación Superior) son Calderón de la Barca, Nuestra Señora de la Providencia, Pablo Picasso, Santo Domingo de Silos y Vicente Aleixandre (46).

3.1.2. Captación.

La captación se hará de forma directa entre profesionales de los centros de salud del municipio y los o las directoras de los centros educativos, que situarán las sesiones en horas de tutoría para los alumnos.

El Banco de Datos Municipal del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, también nos informa sobre los dos únicos centros de salud (CS) de este municipio (45).

Estos centros de salud son C.S Pinto y C.S Parque Europa, desde donde los profesionales saldrán a las instituciones para dirigir las sesiones.

3.2. Objetivos.

3.2.1. Objetivo general.

Los alumnos que participen en las sesiones educativas sobre diversidad sexual mostrarán una mejora en sus conocimientos sobre identidad sexual y de género.

Es decir, el objetivo principal de este proyecto será concienciar a los alumnos de bachillerato del municipio de Pinto de la importancia de conocer la diversidad sexual para poder mejorar la situación social, clínica y jurídica de las minorías sexuales o de género, respetar a las personas independientemente de cómo se sientan y facilitar la interpretación de la identidad sexual o de género de uno mismo.

3.2.2. Objetivos específicos.

Área cognitiva.

Los alumnos serán capaces de diferenciar sexo y género.

Los alumnos serán capaces de diferenciar orientación sexual e identidades sexual y/o de género.

Los alumnos serán capaces de identificarse en sexo, género, orientación sexual e identidad sexual y/o de género.

Los alumnos conocerán las diferentes formas de discriminación o exclusión con el objetivo de evitarlas.

Los alumnos serán capaces de identificar situaciones de discriminación.

Área afectiva.

Los alumnos serán capaces de compartir experiencias relacionadas con el rechazo en su entorno.

Los alumnos serán capaces de verbalizar su opinión sobre el pasado y el presente de la situación clínica de las minorías sexuales y de género.

Los alumnos serán capaces de verbalizar su opinión sobre el pasado y el presente de la situación jurídica de las minorías sexuales y de género.

Área de habilidades.

Los alumnos demostraran la incorporación de vocabulario correcto sobre la temática durante el debate final.

Los alumnos serán capaces de mantener debates respetuosos en grupo sobre el tema/el video.

3.3. Contenidos.

Introducción: donde los profesionales que participarán en la sesión se presentarán y expondrán en que consistirán las diferentes partes de cada sesión.

Minorías sexuales y de género y diversidad sexual: donde se tratarán los temas del género, del sexo, de la orientación sexual y de la identidad sexual o de género.

Discriminación o exclusión por razones de sexo, orientación sexual o, identidad sexual o de género: se introducirá el tema describiendo el concepto de sexismo y se diferenciarán algunos de los principales tipos de discriminación que existen.

Situación clínica: Se tratará la situación actual y la evolución de las minorías sexuales y de género tanto en el DSM como en el CIE.

Situación jurídica: Se tratará la historia de las personas pertenecientes a las minorías sexuales hasta el día de hoy, y su situación en las CCAA en España.

Conclusión: cerrar las sesiones justificando la importancia de la colaboración entre el mundo sanitario y el educativo y dar herramientas para que los alumnos que quieran puedan informarse más sobre el tema.

Videos para discusión.

- Mundo al revés: Heterofobia
- LGBT healthcare training video: "To treat me, you have to know who I am" (subtitulado previamente)
- ¿Qué es la diversidad sexual? Explicación fácil - Carki productions

3.4. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.

Primer día	1ª sesión	Introducción.
	2ª sesión	Minorías sexuales y de género. Diversidad sexual.
Segundo día	3ª sesión	Discriminación o exclusión por razones de sexo, orientación sexual o, identidad sexual o de género.
	4ª sesión	Video
Tercer día	5ª sesión	Situación Clínica.
	6ª sesión	Situación jurídica.
	7ª sesión	Video
Cuarto día	8ª sesión	Video.
	9ª sesión	Debate.
	10ª sesión	Conclusión/cierre

En el desarrollo de las sesiones se van a utilizar distintas técnicas principalmente para transmitir conocimientos, incorporar un vocabulario más preciso y correcto sobre el tema, además de modificar sus actitudes promoviendo el respeto y la verbalización de situaciones o sentimientos.

Para ello se emplearán métodos educativos grupales como: técnicas de investigación en aula, expositivas, de análisis y de desarrollo de habilidades. Y durante el desarrollo de las sesiones se utilizarán medios o materiales de apoyo educativo.

	Objetivos	Técnicas	Tiempo	Recursos
1º día	Los alumnos serán capaces de diferenciar sexo y género. Los alumnos serán capaces de diferenciar orientación sexual e identidades sexual y/o de género.	Investigación de aula: cuestionarios. Expositivas: charla participativa	1ª sesión: 10 minutos 2ª sesión: 30 minutos 3ª sesión: 20 minutos	Ordenador Proyector Power point Cuestionarios
2º día	Los alumnos conocerás las diferentes formas de discriminación o exclusión con el objetivo de evitarlas.	Expositivas: charla- coloquio, video con discusión.	4ª sesión: 20 minutos 5ª sesión: 40 minutos	Ordenador Proyector Power point Video: Mundo al revés: Heterofobia

	Los alumnos serán capaces de identificar situaciones de discriminación.			
3º día	<p>Los alumnos serán capaces de verbalizar su opinión sobre el pasado y el presente de la situación clínica de las minorías sexuales y de género.</p> <p>Los alumnos serán capaces de verbalizar su opinión sobre el pasado y el presente de la situación jurídica de las minorías sexuales y de género.</p>	<p>Expositivas: charla participativa</p> <p>Análisis: caso y discusión</p>	<p>6ª sesión: 25 minutos</p> <p>7ª sesión: 25 minutos</p> <p>8ª sesión: 10 minutos</p>	<p>Ordenador</p> <p>Proyector</p> <p>Power point</p> <p>Video: LGBT healthcare training video: "To treat me, you have to know who I am" (subtitulado previamente)</p>
4º día	<p>Los alumnos serán capaces de identificarse en sexo, género, orientación sexual e identidad sexual y/o de género.</p> <p>Los alumnos serán capaces de compartir experiencias relacionadas con el rechazo en su entorno.</p> <p>Los alumnos demostraran la incorporación de vocabulario correcto sobre la temática durante el debate final.</p> <p>Los alumnos serán capaces de mantener debates respetuosos en grupo sobre el tema/el video.</p>	<p>Desarrollo de habilidad: demostración práctica</p> <p>Expositiva: video con discusión</p>	<p>9ª sesión: 10 minutos</p> <p>10ª sesión: 35 minutos</p> <p>11ª sesión: 15 minutos</p>	<p>Ordenador</p> <p>Proyector</p> <p>Video: ¿Qué es la diversidad sexual?</p> <p>Explicación fácil - Carki productions</p> <p>Cuestionarios</p>

3.5. Evaluación.

La evaluación del proyecto se llevará a cabo a través de la realización de un cuestionario que completarán tanto alumnos como profesionales.

3.5.1. Evaluación de la estructura y el proceso.

Se realizarán evaluaciones cualitativas para analizar los materiales, las técnicas empleadas, etc.

Los alumnos completarán un cuestionario al final de las sesiones para hacer posible la mejora del proyecto en cuanto a espacio donde se realizan las sesiones, contenidos, duración, técnicas empleadas, etc. (Anexo 3)

El profesional completará un cuestionario para evaluar el número de alumnos que asisten a las sesiones, la adecuación del lugar de la intervención, de la programación (horarios, número de sesiones, contenidos y técnicas empleadas, calidad de los materiales utilizados y participación de los alumnos). (Anexo 4)

3.5.2. Evaluación de los resultados.

Se realizarán evaluaciones cuantitativas tanto a los alumnos (Anexo 5) como a los profesionales (Anexo 6), utilizando cuestionarios de conocimiento. Los alumnos realizarán el cuestionario tanto antes como después de las sesiones para valorar los objetivos propuestos; mientras que los profesionales lo realizarán durante y/o después de las sesiones.

4. Bibliografía.

- (1) Talan J, Drake CB, Glick JL, Claiborn CS, Seal D. Sexual and Gender Minority Health Curricula and Institutional Support Services at U.S. Schools of Public Health. *J Homosex.* 2017; 64(10): 1350-1367.
- (2) Zook T. Promising Pedagogy: Advancing the Educational Experience of Queer Students Through Transformative Leadership. *J Homosex.* 2017; 64(13): 1755-1777.
- (3) Venegas M. Coeducar las Relaciones Afectivosexuales para Promover la Igualdad Sexual y de Género y la Justicia Social. *RIEJS.* 2017; 6(2): 13-28.
- (4) Organización Mundial de la Salud [sede web]* 2016 [acceso 16 de enero 2017]. Infecciones de transmisión sexual. [aproximadamente 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es>.
- (5) J Alvarado Thimeos JE. Educación sexual preventiva en adolescentes [tesis doctoral] Dpo. de teoría de la educación y pedagogía social facultad de educación, Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2015.
- (6) Gutiérrez-Sandí W, Chaverri Murillo J, Navarro-Cruz JE. Enfermedades de transmisión sexual y salud sexual del costarricense. Tema II. Sífilis y gonorrea. *Tecnol. Marcha.* 2016; 29(4): 3-15.
- (7) Parra N, Oliva M. Sexualidades diversas. Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. FEAPS Canarias 2015.
- (8) Real Academia Española [Sede Web]. Madrid, 2018 [Acceso 16 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.rae.es/>.
- (9) Ordóñez Imbachi JV. La práctica del consentimiento sustituto en menores intersexuales, con ambigüedad sexual y hermafroditismo, en el hospital pediátrico universitario del centro médico de Puerto Rico para el periodo 1998 – 2012. *Revista de Derecho y Ciencias Sociales* 2013; (6): 151-160.
- (10) Cramer P, Barrett C, Latham JR, Whyte C. It is more than sex and clothes: Culturally safe services for older lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. *Australas J Ageing.* 2015 Oct; 34(2): 21-25.

- (11) Cruz C. Otro folleto de sexualidad [folleto]. Madrid: Consejo de la Juventud de la Comunidad de Madrid; 2002.
- (12) Fernández-Llebrez González F. Malestares de género: identidad e inclusión democrática. Foro interno: anuario de teoría política 2012;(12): 29-59.
- (13) Álvarez Munárriz L. La identidad 'asexual'. Gazeta de antropología 2010; 26(2): 2-14.
- (14) Joseph A, Cliffe C, Hillyard M, Majeed A. Gender identity and the management of the transgender patient: a guide for non-specialists. J R Soc Med. 2017 Apr; 110(4): 144-152.
- (15) Vance SR, Ehrensaft D, Rosenthal SM. Psychological and medical care of gender nonconforming youth. Pediatrics. 2014 Dec; 134(6): 1184-1192.
- (16) Bidell MP, Stepleman LM. An Interdisciplinary Approach to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clinical Competence, Professional Training, and Ethical Care: Introduction to the Special Issue. J Homosex. 2017; 64(10): 1305-1329.
- (17) Parras Partido MP. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios. In: Pato Alonso S, Navalón Cebrián R, Pasto MD, editors. Manual de codificación. CIE-10-ES DIAGNÓSTICOS.; 2016. p. 33-290.
- (18) Velasco Malagon, TE. Representaciones sociales de la transexualidad y de las personas transexuales en España. Universidad Complutense de Madrid; 2016: 155-27.
- (19) Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social (Boletín Oficial del Estado, numero 187, de 6-8-1970) – Disposición derogada.
- (20) Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal (Boletín Oficial del Estado, numero 148, de 22-6-1989) Disposición derogada.
- (21) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (Boletín Oficial del estado, numero 281, de 24-11-1995)
- (22) Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio (Boletín Oficial del Estado, numero 157, de 2-7-2005)
- (23) Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (Boletín Oficial del Estado, numero 65, de 16-3-2007)

(24) Ley 8/2017, de 28 de diciembre, para garantizar los derechos, la igualdad de trato y no discriminación de las personas LGTBI y sus familiares en Andalucía (Boletín Oficial del Estado, número 33, de 6-2-2018)

(25) Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gais, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia (Boletín Oficial del Estado, núm. 281, de 20-11-2014)

(26) Ley 8/2017, de 7 de abril, integral del reconocimiento del derecho a la identidad y a la expresión de género en la Comunitat Valenciana. (Boletín Oficial del Estado, número 112, de 11-5-2017)

(27) Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura. (Boletín Oficial del Estado, número 108, de 6-5-2015)

(28) Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Boletín Oficial del Estado, número 153, de 25-6-2016)

(29) Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales en Galicia (Boletín Oficial del Estado, número 127, de 26-5-2014).

(30) Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia. (Boletín Oficial del Estado, número 157, de 30-6-2016)

(31) Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales (Boletín Oficial del Estado, número 281, de 20-11-2014)

(32) Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales (Boletín Oficial del Estado, número 172, de 19-7-2012)

(33) Ley Foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales (boletín oficial del estado, número 147, 30-11-2009)

(34) Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra LGTBI-fobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. (Boletín Oficial del Estado, número 285, de 25-11-2016)

(35) Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. (Boletín Oficial del Estado, número 169, de 14-7-2016)

(36) Graf, C. & Stufft, D. (2011). Increasing visibility for LGBTQ students: What schools can do to create inclusive classroom communities. *Current Issues in Education*, 14(1). Retrieved from <http://cie.asu.edu/ojs/index.php/cieatasu/article/view/636>.

(37) Bochenek, M., & Brown, A. W. (2001). Hatred in the hallways: Violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, and transgender students in U.S. schools. Retrieved from Human Rights Watch website: <https://www.hrw.org/report/2001/05/01/hatred-hallways/violence-anddiscrimination-against-lesbian-gay-bisexual-and>.

(38) Kosciw, J. G., Greytak, E. A., Palmer, N. A., & Boesen, M. J. (2014). The 2013 national school climate survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth in our nation's schools. New York: GLSEN.

(39) Callahan EJ. Opening the Door to Transgender Care. *J Gen Intern Med*. 2015 Jun; 30(6): 706-707.

(40) Lambda Legal. When Health Care Isn't Caring. Lambda Legal's Survey on Discrimination Against LGBT People and People Living With HIV. 2010; <http://www.lambdalegal.org/publications/when-health-care-isnt-caring> Accessed marzo 23, 2018.

(41) Macapagal K, Greene GJ, Rivera Z, Mustanski B. "The best is always yet to come": Relationship stages and processes among young LGBT couples. *J Fam Psychol*. 2015 jun; 29(3): 309-320.

(42) Janicka A, Forcier M. Transgender and Gender Nonconforming Youth: Psychosocial and Medical Considerations. *R I Med J*. 2016 sep; 99(9): 31-34.

(43) Ashcraft AM, Murray PJ. Talking to Parents About Adolescent Sexuality. *Pediatr Clin North Am.* 2017; 64(2): 305-320.

(44) Instituto Nacional de Estadística [sede web]* 2011 [acceso 13 de marzo 2018]. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2011. Datos por municipios. [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p05/a2011/I0/&file=00028001.px>

(45) Comunidad de Madrid [sede web]* 2018 [acceso 13 de marzo 2018]. Instituto de Estadística. Almudena Banco de Datos Municipal y Zonal. [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.madrid.org/desvan/Inicio.icm?enlace=almudena>

(46) Ayuntamiento de Pinto [sede web]* 2018 [acceso 13 de marzo 2018]. Centros de Salud [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ayto-pinto.es/centro-de-salud>

5. Anexos.

5.1. Anexo 1: Evolución del DSM.

DSM I	Homosexualidad = Trastorno sociopático de la personalidad = personas LGB trastornadas y peligrosas.
DSM II	Trastorno de la orientación sexual.
DSM III	Orientación sexual egodistónica = Enfermedad Mental. Revisión → Trastorno de identidad de género.
DSM 5	Se renombra como 'Disforia de género'.

Tabla 2: Evolución del DSM. Elaboración propia basada en (16).

5.2. Anexo 2: Evolución de la CIE.

CIE-10	CIE 11
Incluye categorías de diagnóstico para SGM (ej. orientación sexual egodistónica).	Recomendación de la OMS: eliminar de la CIE-11 diagnóstico: 'orientación sexual egodistónica'.
Trastorno de identidad de género se clasifica dentro de los trastornos de la personalidad y el comportamiento de los adultos.	Probable reemplazo por: GIAA y GIC.
Propuestas	<p>Cambiar el nombre de los trastornos y moverlos a otra categoría: 'Condiciones relacionadas con la salud sexual' = Intención de desestigmatizar y despatologizar a las personas transgénero.</p> <p>GATE recomienda la creación de un código Z para personas cisgénero.</p>

Tabla 3: Evolución de la CIE. Elaboración propia basada en (16).

5.3. Anexo 3: Cuestionario para los alumnos acerca de la evaluación de la estructura y el proceso.

Este cuestionario pretende conocer el grado de satisfacción obtenido por los alumnos (que asistieron a un mínimo de 8 sesiones), relación con las sesiones formativas realizadas en el centro educativo, su objetivo es mejorar el proyecto educativo en contenidos, sesiones, programación, materiales, etc.

Se trata de un cuestionario anónimo, como debe cumplimentar estos datos antes de entregarlo al profesional:

Nombre del centro educativo donde recibió las sesiones:

Edad:

A continuación, señale con una cruz el valor que le asigna a cada una de las siguientes cuestiones, teniendo en cuenta que 0 es el valor mínimo y 5 el máximo.

Valore la presentación del proyecto el primer día de la sesión:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

En cuanto a las sesiones valore:

El número

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

La duración

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Los contenidos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

En cuanto al profesional valore

- Nombre del profesional: _____

- El grado de conocimiento sobre el tema expuesto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Lenguaje empleado

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Claridad en la explicación

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Si ha promovido la participación en el grupo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

En cuanto al aula donde se realizaron las sesiones y los materiales usados en las mismas

- El aula es adecuada para la consecución de las sesiones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- El material es adecuado para el contenido de las sesiones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Que le ha gustado más de las sesiones recibidas:

Que le ha gustado menos de las sesiones recibidas:

Comentarios o sugerencias:

5.4. Anexo 4: Cuestionario para los profesionales acerca de la evaluación de la estructura y el proceso.

Este cuestionario pretende evaluar el número de alumnos que asisten a las sesiones, la adecuación del lugar de la intervención, de la programación (horarios, número de sesiones y técnicas empleadas, calidad de los materiales utilizados y participación de los alumnos).

Nombre del centro educativo donde recibió las sesiones:

Nombre del profesional:

Cuántos alumnos se esperaban en cada clase:

Cuántos alumnos asistieron aproximadamente a todas las sesiones:

A continuación, señale con una cruz el valor que le asigna a cada una de las siguientes cuestiones, teniendo en cuenta que 0 es el valor mínimo y 5 el máximo.

En cuanto al aula donde se realizaron las sesiones y los materiales usados en las mismas

- El aula es adecuada para la consecución de las sesiones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- El material y las técnicas utilizadas son adecuadas para el contenido de las sesiones

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

En cuanto a las sesiones:

- La adecuación del horario:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- La duración:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

En cuanto a los alumnos valore:

- El grado de participación:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- El respeto durante los debates

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Comentarios o sugerencias:

--

5.5. Anexo 5: Cuestionario para los alumnos acerca de la evaluación de los objetivos.

Centro en el que se reciben las sesiones:

Edad:

Responde brevemente a las siguientes preguntas:

Si hablamos de sexo, género, orientación sexual e identidad sexual o de género ¿cómo te identificarías?

- Sexo:

- Género:

- Orientación sexual:

- Identidad sexual o de género:

¿Qué es sexo y qué es género? o ¿qué diferencia hay entre ambos conceptos?

¿Qué es orientación sexual y qué es identidad sexual y/o de género? o ¿qué diferencia hay entre ambos conceptos?

¿Qué formas de discriminación o exclusión conoces en el ámbito sexual o de género?

5.6. Anexo 6: Cuestionario para los profesionales acerca de la evaluación de los objetivos.

En cuanto a los alumnos valore:

- Durante los videos los alumnos identifican las situaciones de discriminación.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Durante los debates los alumnos comparten experiencias relacionadas con el rechazo en su entorno.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Durante los debates los alumnos verbalizan su opinión sobre el pasado y el presente de la situación clínica de las minorías sexuales y de género.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Durante los debates los alumnos verbalizan su opinión sobre el pasado y el presente de la situación jurídica de las minorías sexuales y de género.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---