

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO FEMINIZANTE

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La disforia de género (transexualismo), es una situación clínica que presenta una persona con una discrepancia entre su sexo asignado al nacer y la identidad sexual psicológica y social a la que siente pertenecer.

El origen de esta situación no se conoce y no está relacionado con trastornos psicopatológicos conocidos. Esta situación si no se trata, puede producir deterioro en su calidad de vida, vulnerabilidad psicológica, sufrir experiencias traumáticas con el riesgo de autolesiones, etc.

En Endocrinología se procederá a la valoración clínica y analítica del cuadro de incongruencia de género para despistaje de contraindicaciones al tratamiento hormonal de afirmación.

El tratamiento hormonal consiste en suprimir sus actuales hormonas sexuales masculinas con fármacos antiandrogénicos o progestágenos y estrógenos (hormonas sexuales femeninas). Las dosis y las pautas se adecuan según las característica individuales de cada persona.

Las modificaciones que se van a producir en el organismo aparecen de forma lenta y gradual, sin que se pueda precisar el tiempo necesario para completar el cambio, ni que los resultados finales vayan a coincidir con las expectativas que haya puesto en el tratamiento.

Una vez empezado el tratamiento hormonal es necesario un seguimiento médico de forma periódica por el endocrino.

La finalidad del tratamiento es reducir o eliminar la producción de las hormonas sexuales masculinas y administrar las hormonas sexuales femeninas necesarias, para que se produzcan los cambios en su cuerpo, de acuerdo al sexo con el que se identifica y desea pertenecer.

Por lo tanto, va a permitir aumentar el bienestar mental, reducir la depresión, la ansiedad y mejorar las relaciones sociales y la autoestima.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

- Disminuye la fertilidad al descender la producción de semen.
- Disminución de la potencia y deseo sexual.
- Aumento del tamaño de las mamas, cuyo crecimiento no siempre es simétrico, ni se puede elegir un tamaño deseado.
- Distribución femenina de la grasa corporal, que aumenta en la zona de las caderas y varía también en la cara.
- Disminuye el vello corporal. No siempre desaparece del todo en la cara, aunque se hace menos denso y menos oscuro.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Aunque los estudios sobre la aparición de efectos indeseables son escasos y su incidencia no es exacta, puede presentarse un mayor riesgo de:

- Ictus, infarto de miocardio, embolia pulmonar y trombosis venosa profunda (en ciertos casos y de forma muy excepcional).
- Tumor benigno de la hipófisis.

- Cáncer de mama (muy poco frecuente).
- Afectación de la densidad mineral ósea, cálculos en la vesícula, cansancio, bajo estado de ánimo y mayor emotividad (aunque sin datos exactos de que se produzcan).
- En el caso de que el tratamiento se inicie antes de que los genitales se hayan desarrollado de forma completa, estos pueden quedar más pequeños, por lo que si en un futuro usted desea realizarse una vaginoplastia, esta sería más difícil y podría tener menos sensibilidad.
- El uso de estos fármacos en personas en las que se asocian otros procesos, o a dosis más elevadas a las indicadas, puede ser más peligroso.
- Todos estos riesgos aumentan con el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, también en personas con familias portadoras de enfermedades hereditarias de la coagulación y de algunos cánceres.

No cumplir las pautas del tratamiento indicado, aumentar por su cuenta la dosis y/o emplear fármacos distintos a los que se han prescrito, eleva el riesgo de sufrir efectos secundarios.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

- No tiene Diabetes Obesidad Hipertensión
- Anemia Edad Avanzada Tabaquismo Tratamiento anticoagulante
-puede

aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

- Antecedente personal de cáncer tratado con hormonas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No tiene.

AUTORIZACIÓN PARA "TRATAMIENTO HORMOMAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO FEMINIZANTE"

DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se me realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas en entrevista personal con D./D.ª , así como los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padezco, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.



NOMBRE Y APELLIDOS.....
FECHA DE NACIMIENTO.....
CIP AUTONÓMICO.....
Nº Htª CLÍNICA.....
NÚMERO DE DNI, NIE O PASAPORTE.....

ÁREA DE SALUD

Servicio de Endocrinología

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En _____, a _____

Fdo. Paciente:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el paciente con DNI/NIE o Pasaporte: _____, no doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En _____, a _____

Fdo. Paciente: