

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO MASCULINIZANTE**

### **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 femeninas mediante la administración de la hormona sexual masculina (testosterona). Las dosis y las pautas se adecuan según las características 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 de este tratamiento es reducir o eliminar la acción de las hormonas sexuales femeninas y aumentar los niveles de hormonas sexuales masculinas, 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.
- Desaparecen los ciclos menstruales.
- Incremento de interés sexual.
- Aumento de vello facial y corporal (más grueso y oscuro).
- Desarrollo de la masa muscular.
- Aumento de peso.
- Modificaciones del tono de la voz (se vuelve más grave).

### **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:

- Dolor de cabeza.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño.
- Dolor en el bajo vientre y sangrados vaginales.
- Ovarios poliquísticos.

- Acné facial.
- Alteraciones en los niveles de colesterol.
- Afectación de la densidad mineral ósea, cáncer de mama y endometrio-cérvix (posibles pero muy poco frecuentes), cansancio, bajo estado de ánimo y mayor emotividad, aunque sin datos exactos de que se produzcan.
- Si durante el tratamiento con testosterona se produce un embarazo, el feto podría tener malformaciones.
- 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.

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 HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO MASCULINIZANTE"

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: