

Consentimiento informado: tratamiento con testosterona para la transición de sexo femenino a masculino

Este consentimiento informado se refiere al tratamiento hormonal para personas que buscan aliviar la disforia de sexo mediante la masculinización de su cuerpo con testosterona. Se utiliza para asegurar que usted comprenda los riesgos, beneficios y alternativas de tomar hormonas masculinizantes, sepa qué espera de usted su médico y conozca los signos de advertencia a los que debe prestar atención si se producen reacciones adversas.

Como usted seguramente sabe, el tratamiento hormonal no es la única forma de transición. Del mismo modo que los cromosomas y los genitales no definen su identidad sexual, tampoco lo hacen las hormonas que circulan en la sangre ni las cirugías que usted elija. Es importante que identifique sus objetivos para la transición de sexo y debátalos con su médico para asegurar que el tratamiento hormonal sea la opción correcta para usted.

Le sugerimos que se tome todo el tiempo necesario para hacer preguntas, leer, investigar y pensar de qué manera el tratamiento hormonal podría afectarlo a usted y a su familia. Si surgen preguntas, sobre este consentimiento o durante el tratamiento hormonal, no dude en consultar a su médico. Además, puede decidir dejar de tomar las hormonas en cualquier momento. Si lo hace, notifique a su médico para que podamos actualizar su historia clínica.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Inicial

_____ Yo me identifico como hombre o tengo una identidad sexual no conforme y deseo recibir tratamiento con testosterona.

_____ Entiendo que los efectos de largo plazo de la testosterona no han sido bien estudiados ni se los comprende cabalmente. Pueden existir importantes beneficios o riesgos para la salud que no figuran en este consentimiento y que todavía no han sido identificados.

_____ Entiendo los siguientes efectos secundarios potencialmente peligrosos o perjudiciales de la testosterona:

- Posible aumento del riesgo de padecer ciertos problemas ginecológicos, incluso cáncer. El médico puede recomendarme evaluaciones ginecológicas periódicas.
- Disminución del colesterol bueno (HDL) y aumento del colesterol malo (LDL). Esto pueda aumentar el riesgo de infarto o derrame cerebral en el futuro. El médico medirá mi nivel de colesterol antes de comenzar y me indicará análisis de sangre periódicos de control durante el tratamiento hormonal.
- Aumento de la presión. El médico me tomará la presión antes de comenzar y me hará exámenes físicos periódicos de control durante el tratamiento hormonal. Si tengo presión alta repetidamente, el médico

puede recomendarme una dieta, cambios en el estilo de vida o medicación para que la presión esté bien controlada.

- Aumento del riesgo de padecer ciertas enfermedades (p. ej., diabetes tipo 2, apnea del sueño y epilepsia) o de que se agraven. Si me afectaran estas enfermedades, el médico las tratará de manera independiente de mi tratamiento hormonal, a menos que pusieran en riesgo mi vida y fueran resultado directo del uso de testosterona o que esta hormona las haya agravado.
- Aumento del riesgo de padecer policitemia, un aumento de los glóbulos rojos, que excepcionalmente, si es grave y no se la trata a tiempo, puede aumentar el riesgo de derrame cerebral, cardiopatías y coágulos en la sangre. Si padezco policitemia, el médico probablemente disminuya la dosis o recomiende una flebotomía terapéutica (donación de sangre) y vuelva a controlar los valores de laboratorio en 2 o 3 meses.
- Aumento de las enzimas hepáticas que indican una inflamación del hígado o una acumulación de secreciones hepáticas en los conductos biliares.

Esto puede causar dolor en la parte superior del abdomen y toxicidad hepática. El médico me revisará el hígado antes de comenzar y me indicará análisis de sangre periódicos de control durante el tratamiento hormonal.

- Aumento del riesgo de padecer osteoporosis (disminución de la densidad de los huesos) que puede agravarse después de una ooforectomía (extirpación de los ovarios) o si dejo de tomar testosterona. El médico puede recomendarme suplementos, ciertos alimentos o ejercicio para contrarrestar el riesgo. Una vez que cumpla cierta edad, si sufro aumento de fracturas, el médico puede indicarme una densitometría y medicación para aumentar la densidad de los huesos.
- Cambios de humor. Si presento un aumento de la depresión, ansiedad o tendencias suicidas, se lo contaré al médico para que el personal del centro de salud pueda ayudarme a encontrar los recursos y el apoyo que necesito.

_____ Entiendo que la testosterona puede causar los siguientes cambios permanentes:

- Aumento del crecimiento del vello en la cara, los brazos, las piernas, el pecho, la espalda y el abdomen
- Caída de cabello, especialmente en las sienes y en la coronilla de la cabeza y, posiblemente, calvicie total
- Engrosamiento de la voz
- Agrandamiento del clítoris
- Engrosamiento de la estructura de algunos huesos de la cara

_____ Entiendo que la testosterona puede causar los siguientes cambios reversibles. Estos cambios se pueden revertir si dejo de tomar testosterona:

- Aumento de la libido y cambios en el comportamiento sexual similares a los que se experimentan en la pubertad
- Aumento de la masa muscular
- Disminución de la grasa en los pechos, nalgas y muslos
- Aumento de la grasa en el abdomen
- Aumento de la transpiración y cambios en el olor corporal
- Más apetito, aumento de peso y retención de líquidos
- Prominencia de venas y piel más gruesa
- Acné en la cara, la espalda y el pecho, especialmente en los primeros años de tratamiento que, si es

grave, puede causar cicatrices permanentes

- Ausencia de la menstruación
- Atrofia vaginal, sequedad y comezón que ocasionalmente puede causar dolor con la penetración vaginal
- Cambios de humor
- Engrosamiento de la estructura de algunos huesos de la cara

_____ Entiendo que la testosterona NO:

- Cambia la altura
- Protege de las enfermedades de transmisión sexual

_____ Entiendo que pueden pasar varios meses para que los efectos masculinizantes de la testosterona se hagan visibles y hasta cinco años o más para alcanzar su máximo efecto y que además el nivel de cambio de cada persona es diferente. No hay manera de predecir con precisión cómo se modificará o cómo reaccionará mi cuerpo al tratamiento hormonal ni con qué velocidad lo hará. La dosis justa para mí puede ser diferente a la de los demás.

_____ Entiendo que la testosterona puede tener los siguientes efectos en la fertilidad:

- Puede hacer que sea más difícil o imposible tener hijos genéticamente relacionados en el futuro. He hablado de esto con el médico y estoy conforme de haber tomado una decisión informada sobre mis dudosas capacidades reproductivas futuras.
- La testosterona no es un método anticonceptivo; aunque no menstrúo, seguiré ovulando; entonces, si bien es menos probable un embarazo mientras tome testosterona, sigue siendo posible. Sé que debo utilizar métodos anticonceptivos o de barrera si deseo evitar un embarazo y tengo relaciones vaginales con una persona que pueda producir semen.
- La testosterona puede causar graves defectos congénitos si me embarazo mientras la estoy tomando.

_____ Entiendo que el tratamiento hormonal no previene el cáncer de endometrio, de ovario ni de cuello de útero y seguiré necesitando evaluaciones ginecológicas periódicas y pruebas de Papanicolaou a menos que me someta a una vaginectomía. Aunque me someta a una histerectomía y a una ooforectomía, seguiré necesitando exámenes y evaluaciones ginecológicas de forma periódica.

_____ Entiendo que el tratamiento hormonal no previene el cáncer de seno, por lo tanto, seguiré necesitando exámenes periódicos o mamografías, aún si me someto a una mastectomía.

_____ Entiendo que el tratamiento hormonal puede requerir que tenga que hacerme más exámenes médicos que otras personas de mi edad. Acepto realizarme exámenes físicos y análisis de sangre periódicos para asegurarme de estar sano mientras siga el tratamiento hormonal. Entiendo que esto es obligatorio para continuar recibiendo el tratamiento hormonal a través de Lyon-Martin.

_____ Entiendo que si elijo la forma inyectable de testosterona:

- No debo compartir ni volver a utilizar las agujas, ya que me expongo a un gran riesgo de contraer enfermedades que se contagian por la sangre como VIH/SIDA y hepatitis.
- Tendré que demostrarle a un enfermero o médico de Lyon-Martin que conozco la técnica para aplicarme inyecciones antes de que me receten agujas y jeringas.

- Si tengo reacciones adversas, debo esperar a que se pasen, lo que puede tardar de dos a cuatro semanas.

_____ Acepto que si creo tener o tengo una afección preocupante, se lo comunicaré al médico. Acepto que si el médico sospecha que puedo padecer alguna de estas afecciones, me evaluará en una consulta, me hará análisis de sangre o me derivará a un especialista antes de tomar la decisión de iniciar o continuar el tratamiento hormonal a una dosis particular o no hacerlo en absoluto. A menudo, se pueden tratar sin tener que suspender la testosterona.

_____ Preguntaré a mi médico con qué frecuencia debo consultarlo y hacerme análisis completo de sangre para que no haya dudas.

_____ Acepto tomar las hormonas tal como me las recete el médico e informarle si estoy descontento o si tengo problemas con el tratamiento. Entiendo que si tomo demasiada testosterona, mi cuerpo puede convertirla en estrógeno. Esto puede atrasar o detener los efectos deseados de la hormona. Me controlarán periódicamente el nivel de testosterona con análisis de sangre que se harán con el nivel mínimo o inferior, para asegurar que esté tomando una dosis saludable.

_____ Entiendo que puedo dejar el tratamiento hormonal en cualquier momento. También entiendo que el médico puede suspender el tratamiento si considera que las hormonas me están perjudicando.

_____ Acepto no compartir ni vender las hormonas recetadas y, si lo hago, que estoy poniendo en riesgo la salud de esa otra persona. Además, entiendo que la testosterona es una sustancia controlada por la DEA (como los analgésicos opiáceos y algunos sedantes) y que es ilegal compartir estos medicamentos con otras personas. Si me descubren compartiendo o vendiendo mis medicamentos, no me los recetarán más.

_____ Entiendo que es esencial tener una relación abierta y honesta con el médico para estar sano y seguro. Acepto contarle al médico sobre las hormonas no recetadas, suplementos nutricionales, hierbas, medicamentos o drogas recreativas que pueda estar tomando. Contar con esta información ayudará al médico a evitar las interacciones potencialmente perjudiciales de los medicamentos. Entiendo y espero que nunca se me castigue por mi honestidad y que el personal del centro de salud continúe atendiéndome, independientemente de la información que les haya comunicado.

Nombre del paciente

Firma autógrafa

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha