

Consentimiento informado: Tratamiento hormonal para la transición de sexo masculino a femenino

Este consentimiento informado se refiere al tratamiento hormonal para personas que buscan aliviar la disforia de sexo mediante la feminización de su cuerpo con estrógeno. Se utiliza para asegurar que usted comprenda los riesgos, beneficios y alternativas de tomar hormonas feminizantes, 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 mujer o tengo una identidad sexual no conforme y deseo recibir tratamiento con estrógeno.

_____ Entiendo que los efectos de largo plazo del estrógeno 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 del estrógeno:

- Aumento del riesgo de coágulos en la sangre que pueden causar problemas médicos graves (p. ej., embolia pulmonar, derrame cerebral, lesión cerebral o la muerte). El riesgo aumenta si fumo tabaco y tengo más de 35 años. Se recomienda no fumar tabaco. El médico puede proporcionarme recursos para dejar de fumar.
- Aumento del colesterol bueno (HDL) y disminución del colesterol malo (LDL). Esto puede disminuir el riesgo de sufrir infarto o derrame cerebral en el futuro. El médico lo verificará 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 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 comprobará si tengo problemas de hígado antes de comenzar y me indicará análisis de sangre periódicos de control durante el tratamiento hormonal.

- Aumento de migrañas. Si son graves o prolongadas, se lo comunicaré al médico.
- Aumento de las náuseas y vómitos similares a las náuseas del embarazo. Si son graves o prolongados, se lo comunicaré al médico.
- Aumento del riesgo de padecer osteoporosis (disminución de la densidad de los huesos) que puede agravarse si me someto a una orquiectomía (extirpación de los testículos) y dejo de tomar hormonas. 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 recetarme medicación para aumentar la densidad de los huesos.
- Posible aumento del riesgo de padecer cáncer de seno. El médico puede indicarme exámenes de los senos y mamografías de forma periódica.
- Posible aumento de los niveles de prolactina y formación de un tumor en la pituitaria. El médico medirá mi nivel de prolactina antes de comenzar y me indicará análisis de sangre periódicos de control durante el tratamiento hormonal. Si está elevado, el médico puede recomendarme que disminuya la dosis o deje el tratamiento hormonal o puede indicarme una resonancia magnética del cerebro para determinar si tengo un tumor en la pituitaria.
- 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 el estrógeno puede causar los siguientes cambios permanentes:

- Crecimiento de los senos, aunque hay una variación extrema en el tamaño
- Hasta un 40 % de disminución en el tamaño de los testículos

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

- Menos acné
- Ralentización de la caída de cabello, especialmente en las sienes y en la coronilla de la cabeza
- Piel más suave
- Vello corporal más fino, aunque no desaparece
- Olor corporal menos notable y cambios en la calidad de la transpiración de las axilas
- Disminución de la grasa en el abdomen
- Aumento de la grasa en nalgas y muslos
- Disminución o pérdida de las erecciones matinales y espontáneas
- Incapacidad para lograr una erección lo suficientemente firme para mantener relaciones sexuales
- Disminución del deseo sexual

_____Entiendo que el tratamiento con la hormona feminizante NO:

- Elimina los folículos pilosos
- Cambia la estructura de los huesos
- Cambia el tono de la voz
- Cambia la altura
- Protege de las enfermedades de transmisión sexual

_____Entiendo que pueden pasar varios meses para que los efectos feminizantes del estrógeno se hagan visibles y hasta cinco años o más para alcanzar el 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 los siguientes efectos del estrógeno 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 cantidad y la calidad de la eyaculación pueden cambiar, disminuir o desaparecer completamente. Los espermatozoides pueden dejar de madurar, pero seguirán presentes si lo estaban antes de comenzar el tratamiento hormonal.
- El tratamiento hormonal no es un método anticonceptivo; si tengo relaciones sexuales con una persona que puede embarazarse y no deseo un embarazo, sé que debo usar algún método anticonceptivo para evitar el embarazo.

_____Entiendo que el tratamiento hormonal no previene el cáncer de testículo y que seguiré necesitando evaluaciones testiculares periódicas a menos que me someta a una orquiectomía.

_____Entiendo que el tratamiento hormonal no previene el cáncer de próstata y que puedo necesitar evaluaciones periódicas. Incluso si me someto a una orquiectomía y a una vaginoplastia, en estos procedimientos no se extirpa la próstata y, por lo tanto, puedo seguir necesitando evaluaciones periódicas.

_____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 estrógeno:

- 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.

_____ 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 demasiado estrógeno, mi cuerpo puede convertirlo en testosterona. Esto puede atrasar o detener los efectos deseados de la hormona.

_____ 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. 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